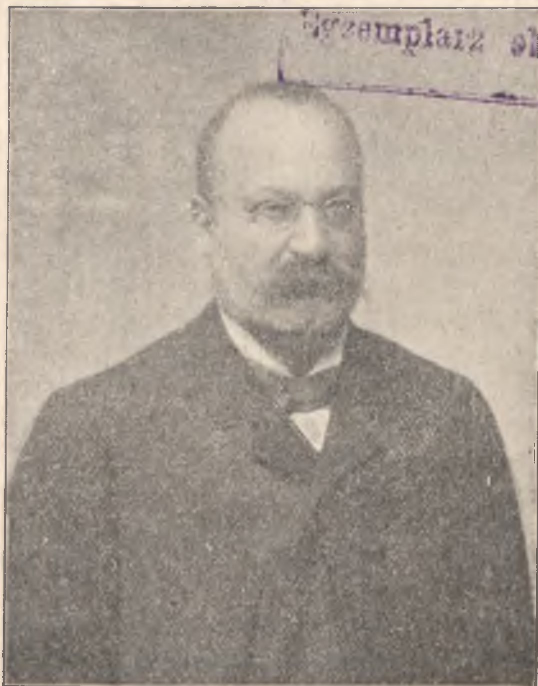
TOM I. KWIECIEŃ — MAJ — CZERWIEC. ZESZYT II.

POLSKI PRZEGLĄD
OTO-LARYNGOLOGICZNY

Egzemplarz obowiązkowy



1851 Prof. Dr. ALFRED SOKOŁOWSKI*). 1924

Zmarły w dn. 8 marca r. b. w 73-m roku życia prof. Alfred Sokołowski studja lekarskie, rozpoczęte w Warszawskiej Szkole Głównej, ukończył w Uniwersytecie Warszawskim w r. 1872, stopień doktora medycyny uzyskał w Uniwersytecie Paryskim w r. 1880 po zdaniu egzaminów i po obronie rozprawy: „O powikłaniach krtaniowych suchot płucnych".

W ciągu lat 50-u pracy lekarskiej czas wolny od zajęć zawodowych, którym się Sokołowski, jako wzięty lekarz—praktyk, oddawał z wielkiem zamiłowaniem poświęcał pracy pedagogicznej i naukowej. Owocem tej ostatniej jest cenna spuścizna w postaci licz-

*) Odczytane na uroczystem posiedzeniu Warszawskiego T-wa Lekarskiego, poświęconem pamięci zmarłego w d. 1.IV 1924 r.

nych dzieł naukowych, monografji i spostrzeżeń klinicznych, spuścizna, świadcząca o wysokich zaletach jego umysłu, o wielkim darze spostrzegawczym i zdolnościach pedagogicznych, spuścizna, przez którą imię swe chlubnie zapisał i utrwalił w historji medycyny polskiej.

Wielkie i niespożyte zasługi położył S. dla Towarzystwa Lekarskiego; wkrótce po ukończeniu studjów, bo już w r. 1877 został członkiem - korespondentem, od r. 1880 był członkiem czynnym, od 1914 członkiem honorowym. W ciągu r. 1884 pełnił obowiązki sekretarza dorocznego, w r. 1894 i 1895 wybierany był na wiceprezesa, wreszcie w r. 1908 Towarzystwo powierzyło Mu najwyższą godność, jaką rozporządza — Urząd Sekretarza Stałego. Na tem stanowisku, przez lat 15 w warunkach bardzo ciężkich, bo w okresie wojny wszechświatowej i następczego kryzysu finansowego, zawiadywał S. wszystkiemi sprawami administracyjnemi i pieniężnemi z wielkim dla Instytucji pożytkiem, a biorąc stały i bardzo czynny udział w posiedzeniach naukowych, stał zawsze na straży powagi Towarzystwa.

Udział S-go w pracach naukowych Towarzystwa był bardzo czynny; protokóły posiedzeń świadczą nietylko o liczbie wygłoszonych odczytów, których było przeszło 50, ale i o wysokiej ich wartości; w rozprawach, dotyczących wszystkich ważniejszych tematów, poruszanych na posiedzeniach w ubiegłem półwieczu, S. zawsze głos zabierał, przytaczając swe uwagi, zaczerpnięte z własnej obserwacji i na własnem doświadczeniu oparte.

Z obowiązku, jako Sekretarz Stały, opracowywał i wygłaszał na posiedzeniach życiorysy i oceny działalności naukowej i społecznej wszystkich członków Towarzystwa, zmarłych w ciągu minionych lat 15-tu. Wreszcie z okazji obchodu jubileuszowego setnej rocznicy istnienia Towarzystwa ułożył wykaz wszystkich członków Towarzystwa w ciągu stulecia i przedstawił w porządku chronologicznym zasługi, najwybitniejszych, a nieżyjących już członków.

Nie tylko jednak te zasługi utrwaliły imię Sokołowskiego na kartach historji Towarzystwa Lekarskiego.

Wspólnie ze zmarłym kol. Józefem Winiarskim opracował on projekt zmian w przestarzałej ustawie Towarzystwa i uzyskał ich zatwierdzenie przez Władze Prawodawcze polskie, wreszcie poczynił darowizny pieniężne na rzecz Towarzystwa i Kasy Wsparcia.

Dzięki Jego ofiarności powstały następujące fundacje:

1) Fundusz na urządzanie odczytów w Tow. Lekarskiem.

2) Fundusz konkursowy na udzielanie nagród za najlepsze prace z dziedziny chorób piersiowych.

3) Fundusz stypendjalny im. Alfreda i Marji z Matuszewskich małż. Sokołowskich dla sierot po lekarzach i nauczycielach.

4) Fundusz na leczenie sanatoryjne dla lekarza dotkniętego gruźlicą.

5) Fundusz im. ś. p. Zenobji Sokołowskiej dla wdowy po lekarzu, wychowującej dzieci w wieku szkolnym.

Pragnąc uczcić wszystkie te zasługi, Tow. Lek. postanowiło portret zmarłego zawiesić na wieczne czasy w sali posiedzeń naukowych.

Od r. 1881 S., jako jeden z założycieli, należał do grona współwłaścicieli i najczynniejszych członków komitetu redakcyjnego Gazety Lekarskiej i od tej pory wszystkie prawie swe prace drukował w Gazecie i jej wydawnictwach.

Poczet tych prac jest imponujący. Z większych dzieł czysto lekarskich wyszły w wydawnictwach książkowych:

1) Trzytomowe wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych, za które w r. 1902 otrzymał od Warsz. Tow. Lek. nagrodę im. Helbicha, a w r. 1906 został odznaczony przez Krakowską Akademję Umiejętności i dostał nagrodę im. Warszauera.

2) Drugiem z większych dzieł jest Djagnostyka różniczkowa chorób górnego odcinka dróg oddechowych (w Djagnostyce Biegańskiego).

3) Propedeutyka lekarska, obejmująca również zarys historji medycyny w Polsce.

4) Nauka o suchotach płucnych.

Dwa ostatnie dzieła obejmują wykłady, jakie S., już jako profesor polskiego uniwersytetu w Warszawie wygłosił w r. 1918 i 1919.

Z zakresu medycyny społecznej wydał dwa dzieła:

5) Wielkie klęski społeczne i

6) Choroby proletarjatu.

Odczytów klinicznych napisał i wydał 11; w rocznikach czasopism lekarskich ogłosił 154 prace po polsku oraz 53 w językach obcych.

W roku 1913, w poświęconym Sokołowskiemu numerze Gazety Lekarskiej, wydanym przez Jego uczniów z okazji obchodu 40-lecia działalności na polu piśmiennictwa lekarskiego, nieżyjący już dzisiaj kol. Jan Pruszyński dał cenny zarys biograficzno-bibljograficzny pracy naukowej zmarłego oraz streszczenie i ocenę najważniejszych dzieł i artykułów.

To nas uwalnia od powtarzania. Ale musimy tu raz jeszcze podnieść i wybitnie zaznaczyć tę, pod względem i naukowym i pra-

ktycztym bodaj czy nie najważniejszą, kartę z historji pracy naukowej Sokołowskiego — kwestję uleczalności suchot płucnych.

Wkrótce po ukończeniu studjów lekarskich S. ciężko zapadł na chorobę piersiową, zmuszony był przerwać pracę asystencką w szpitalu i wyjechać w r. 1874 na kurację do Görbersdorfu. W zakładzie d-ra Brehmera, pierwszego propagatora idei wyleczalności suchot i idei racjonalnego leczenia sanatoryjnego, S., początkowo jako pacjent, potem jako asystent zakładu, przebył do r. 1880, a zdobycze naukowe, osiągnięte podczas pracy w Görbersdorfie, oparte na licznym materjale klinicznym i na starannej obserwacji, skierowały umysł młodego wówczas lekarza na drogę zastosowania tych zdobyczy w leczeniu suchotników w okresach początkowych tego cierpienia, uważanego dotychczas za nieuleczalne, i do rozpowszechniania w prasie lekarskiej idei uleczalności.

Pierwszą pracę w 2-ch częściach: „Studja kliniczne nad leczeniem suchot płucnych“ ogłosił po polsku w r. 1875—1876 w „Medycynie“, a następnie w r. 1887 wydał po niemiecku p. t. „Przyczynki do nauki o leczeniu przewlekłych suchot płucnych“, w których przedstawił pomyślne wyniki lecznicze, osiągnięte w Görbersdorfie.

Po powrocie do kraju w r. 1881 popularyzował w dalszym ciągu wśród lekarzy ideę uleczalności suchot. W szeregu artykułów, przemówień i pokazów w Towarzystwie Lekarskiem uzasadniał swój pogląd na tę sprawę, że wspomnimy tu tylko o wygłoszonym w r. 1881 odczycie „Przyczynek do terapji miejscowej suchot płucnych“ i w r. 1883 „Jeszcze raz w kwestji zaraźliwości, zapobiegania i leczenia suchot“.

Twierdząc słusznie, że możność wyleczenia suchot zależy w znacznym stopniu od wczesnego rozpoznania cierpienia, S. w odczycie p. t. „Skryte postacie suchot płucnych“ przedstawił i poparł własnemi przykładami z praktyki te formy chorobowe, które nie dając wyraźnych objawów ze strony płuc, rozwijają się jako suchoty, a przebiegając skrycie, stanowią tem groźniejsze niebezpieczeństwo. Do tych form S. zalicza: blednicę i zimnicę wrzekomą, postać wrzekomo-sercową, wrzekomo-żołądkowo-kiszkową, wrzekomo-krtaniową, wrzekomo-opłucną i wrzekomo-krupową, wreszcie wrzekomą rozedmę płuc.

W wydanym w r. 1893 odczycie „O leczeniu klimatycznem suchot płucnych“ S. dał dokładne wskazania do leczenia klimatem górskim, południowym, morskim i, na co największy kładł nacisk,

klimatem swojskim. Autorowi chodziło o to, aby przekonać, że leczenie klimatyczne suchot dostępne jest nietylko dla ludzi zamożnych, którym środki pozwalają na długi i kosztowny pobyt w ciepłych krajach południowych lub w sanatorjach górskich, ale że i ludzie, nie rozporządzający dużemi zasobami pieniężnemi, mogą osiągnąć poprawę i nawet wyleczenie we własnym kraju, w miejscowościach suchych i lesistych, pod wpływem odpowiednich metod leczniczych i przy dobrem odżywianiu.

Ten pogląd dał pobudkę do zakładania uzdrowisk dla chorych piersiowych u nas w kraju, przedewszystkiem w Otwocku, a wyniki, osiągnięte w tych zakładach, zachęciły do składania bardzo hojnych ofiar na budowę i urządzenie zapoczątkowanego i wybudowanego przez Dunina wzorowego Sanatorjum w Rudce.

Z biegiem czasu S. cały swój materjał literacki, dotyczący suchot, zebrał w jedną całość, usystematyzował, uzupełnił i wydał jako 2-ga część tomu 3-go swych wykładów klinicznych o chorobach dróg oddechowych, pod ogólnym tytułem: „Suchoty płucne".

Jest to bardzo cenny dla studentów i lekarzy podręcznik, który obok licznych zalet, wspólnych wszystkim tego rodzaju wydawnictwom w językach obcych, posiada dla lekarza polaka tę nad niemi wyższość, że autor tutaj, jak zresztą i we wszystkich swych pracach, uwzględniał indywidualizm chorych, zamieszkujących Polskę, a wskazania lecznicze przystosowywał zawsze do warunków miejscowych, najbardziej dostępnych dla średnio zamożnych chorych. Prócz tego z wielkiem uznaniem podnieść należy to, o czem nie wszyscy, piszący po polsku, pamiętają, że S. przytaczał zawsze w swych pracach polską literaturę danego przedmiotu i w wykazie prac, dawniej ogłoszonych, starał się nie pominąć żadnego z autorów polaków.

Oto pobieżny zarys działalności naukowej prof. S., oto cenny dorobek pracowicie spędzonego żywota. Godnym naprawdę podziwu jest fakt, że człowiek, mający przez długi szereg lat bardzo rozległą praktykę lekarską, był w stanie poświęcać tyle sił i czasu pracy naukowo-literackiej i pozostawić po sobie tak obfitą spuściznę.

Ta spuścizna to pomnik, jaki prof. S. postawił sobie za życia, a na tym pomniku winien być trwałemi zgłoskami wyryty napis: *„Non omnis moriar"*.

W. Szumlański.

Zasadnicze zagadnienia z dziedziny gruźlicy krtani

podał

JAN SZMURŁO

Profesor Otolaryngologji Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Gruźlica krtani w klinice gruźlicy zajmuje wybitne miejsce jako jedno z najczęstszych i najcięższych powikłań suchot płucnych. Można bowiem z wielką dozą prawdopodobieństwa przyjąć, że $^1/_3$ chorych na suchoty płucne ma również i krtań dotkniętą gruźlicą. Powikłanie to według *Mackenziego* [1]) skraca i tak krótkie bo zaledwie na 3 lata obliczane życie suchotnika conajmniej o rok. Suchoty gardlane w pojęciu szerokiej publiczności to straszne: „lasciate ogni speranze" nie pozostawiające nieszczęsnemu suchotnikowi żadnej nadziei, to nieubłagany wyrok śmierci powolnej, a strasznej, bo połączonej z nieopisanemi cierpieniami. Pojęcie to zresztą niedaleko odbiegło od zapatrywań ogółu lekarzy, którzy widzą w gruźlicy krtani powikłanie suchot płucnych zawsze ciężkie, a najczęściej beznadziejne.

Pogląd taki podzielała przez długie lata ogromna większość laryngologów. Wyleczenie krtani dotkniętej gruźlicą uważane było za wypadek nadzwyczaj rzadki, którego niemal nie należało brać w rachubę. I kiedy *Moritz Schmidt* [2]) w r. 1880 w Ziemssenowskim „Archiv für klinische Medizin" chciał wydrukować pracę, mówiącą o wyleczeniu 16 chorych z pośród 319 suchotników krtaniowych pomiędzy 1877 i 1879 rokiem, v. Ziemssen zgodził się pracę przyjąć do Archiwu pod warunkiem, że autor zmieni wyraz wyleczenie (Heilung) na leczenie (Behandlung).

Od tego czasu wiele się zmieniło. Prace *M. Schmidta, Herynga, Krauzego, Gougenheima, B. Fränkela* i ich uczniów sprawiły, że owo *„memento mori"*, jakiem były suchoty gardlane poczęło powoli tracić swe straszne znaczenie. Poczynając od końca ósmego dziesiątka ubiegłego stulecia, dzięki pracy i śmiałej inicjatywie owych pierwszych pionierów sprawy racjonalnego leczenia gruźlicy krtani, zjawiają się początkowo nieliczne z czasem wszakże coraz częstsze komunikaty o wyleczeniu chorych na gruźlicę krtani. *Heryng* [3]) przedstawia niezbite dowody wyleczenia owrzodzeń gruźliczych w krtan u ludzi, którzy później zmarli na suchoty płucne, w postaci odpo-

wiednich preparatów anatomicznych i badań drobnowidzowych. Spotykane początkowe niedowierzaniem podobne prace stopniowo poczęły coraz bardziej przekonywać „niewiernych Tomaszów".

W początkach ostatniego dziesiątka ubiegłego stulecia *Sokołowski* [4]) wypowiada tezę: „Wyleczenie gruźlicy krtani jest możliwe, jakkolwiek tylko w rzadkich przypadkach. Tezę tę wszakże życie i wyniki pomyślne leczenia gruźlicy krtani coraz bardziej rozszerza. W roku 1907 cytowany wyżej M. Schmidt w przedmowie do dzieła *Besolda* i *Gidionsena*, mówi, że otrzymane przez niego w latach 80 ych ubiegłego stulecia 2,5% wyleczeń wzrosły w międzyczasie do 20%. Według moich obliczeń z ostatnich lat 19, opartych na materjale przeszło 550 chorych liczba przypadków gruźlicy krtani, dających wyleczenie, dosięga 30% i tylko w 22% przypadków gruźlica krtani staje się bezpośrednią prawie przyczyną śmierci.

Strandberg [5]) stosujący leczenie gruźlicy krtani ogólną kąpielą świetlną z lampy Finsenowskiej stwierdza w 61 przypadkach 31 wyleczeń, co stanowi 53%. Podobne cyfry podaje *Blegvad* [6]), stosujący obok kąpieli świetlnej głębokie nakłucie żegadłem galwanicznem.

Reynier [7]) wreszcie z sanatorjum w Leysin na 103 przypadki podaje 67 wyleczeń.

Widzimy więc, że gruźlica krtani powoli zaczyna tracić znaczenie choroby bezwarunkowo nieuleczalnej, śmiertelnej; co więcej, niektórzy jak *Reynier* utrzymują nawet, że właśnie gruźlica krtani ze wszystkich postaci gruźlicy, leczona w dobrych warunkach najłatwiej wyleczyć się daje.

Taka zmiana w poglądach na uleczalność gruźlicy krtani została spowodowana przez kilka przyczyn, a więc:

1) Wskutek rozwoju techniki laryngologicznej i coraz szerszego jej rozpowszechnienia wśród ogółu lekarzy możliwem się staje wcześniejsze rozpoznanie cierpienia, co daje możność wcześniejszego podjęcia środków zaradczych.

2) Wskutek coraz głębszego zaznajamiania się z istotą sprawy gruźlicy ze stosunkiem ustroju do zarazków wogóle i do laseczki gruźliczej w szczególności i ze sposobami zwalczania tego zarazka przez ustrój stawała się możliwą coraz lepsza, coraz racjonalniejsza terapja gruźlicy, a wraz z tem zwiększała się liczba przypadków wyleczenia gruźlicy. Dzięki też temu przypadki wyleczenia gruźlicy krtani stają się coraz częstszemi. Nietylko przypadki nacieczeń i owrzodzeń ograniczonych, ale nawet nacieczenia rozlane jeszcze przed kilku laty za nieuleczalne uważane, przestały za takie uchodzić dzięki

niewątpliwym faktom wyleczenia podobnych przypadków w tym czasie spostrzeganym.

W zwycięskiem posuwaniu się naprzód w walce z gruźlicą krtani spotykamy się wszakże z okresami pewnego zastoju, odpoczynku, kiedy myśl badawcza zostaje jakby dotknięta pewnego rodzaju niemocą, przestaje się doszukiwać prawdy, torować nowe ścieżki, a tylko grupuje dawniej zebrane fakty, porządkuje je klasyfikuje. Okres taki przeżywamy, sądzę, właśnie w tej chwili. Literatura laryngologiczna w ciągu ostatniego lat dziesiątka, a nawet więcej, przestała się niemal całkowicie zajmować zagadnieniami z dziedziny patogenezy gruźlicy krtani, zmian anatomopatologicznych, nie zwróciła, zdaje się, wcale uwagi na głębokie przemiany, jakie zaszły w nauce o odporności i nie spróbowała nawet zastosować je do gruźlicy krtani i jej leczenia, ale poprzestała na dawnych tezach i zwróciła się całkowicie do sprawy jej leczenia najrozmaitszemi środkami zarówno fizycznemi jak i chemicznemi, zapominając, że należyte rozwiązanie zagadnień, dotyczących patogenezy, zmian anatomicznych, stosunku ustroju do zarazka daje klucz również do rozwiązania sprawy leczenia gruźlicy krtani.

Klasyfikujemy więc zmiany anatomiczne w gruźlicy krtań jako: 1) gruzełek prosówkowy podnabłonkowy, 2) naciek gruźliczy, 3) owrzodzenie gruźlicze, 4) zapalenie ochrzęstny gruźlicze według jednych (*Denker* i *Brünings* [8]), według innych (*Moure* [9]) mamy w gruźlicy krtani: 1) okres nieżytowy, 2) okres naciekowo wrzodziejący (période d'élat) i przymykający doń, 3) okres rozrostów (forme végétante) wreszcie 4) okres zapaleń ochrzęstny i martwicy; widzimy wszakże w podziałach tych zupełną dowolność; możemy niezliczoną liczbę razy stwierdzić, że okresy te bynajmniej nie odpowiadają temu, co w życiu spotykamy na każdym kroku. Jakże rzadko widujemy ów okres nieżytowy i jakże często pierwsze objawy, które stwierdzamy na początku prawie rozwoju gruźlicy krtani przedstawiają się w postaci zapaleń ochrzęstny chrząstek nalewkowych, mających być końcowym etapem w rozwoju gruźlicy krtani. Jakże często jako jedyną postać gruźlicy stwierdzić możemy ową postać rozrostową (végétante), która zdaniem *Moure'a* stanowi 3-cie stadjum rozwoju gruźlicy krtani.

Spółczesna anatomja patologiczna zupełnie nie troszczy się o wytłómaczenie, dla czego w jednym przypadku mamy dość liczne gruzełki w tkance podśluzowej z komórkami olbrzymiemi i nabłonkowatemi, z mniejszemi lub większemi ogniskami zserowacenia

i z bardzo nielicznym udziałem limfocytów w postaci drobnokomórkowego nacieczenia na obwodzie, w innych natomiast cała tkanka podśluzowa uległa drobnokomórkowemu nacieczeniu, pośród którego z wielkim trudem nie raz zaledwie odszukać możemy gdzie niegdzie komórki olbrzymie Langhansa.

Również pozostaje bez odpowiedzi zagadnienie, dla czego w jednym przypadku sprawa gruźlicza ogranicza się ściśle do jednego miejsca przez cały czas przebiegu choroby, w innym natomiast odrazu obejmuje szersze przestrzenie, odrazu nabiera cech sprawy rozlanej. Tymczasem zarówno klinika jak anatomja patologiczna i patologja ogólna gruźlicy oddawna już zwróciły uwagę na to pytanie.

We Francji *Landouzy* [10]) i jego uczniowie *L. Bernard Salomon Gougerot* oddawna stwierdzali, że zakażenie gruźlicze może wywołać odczyn zapalny bez gruzełków. *Renon* i *Gérandel* w badaniach swych nad gruźlicą płuc doszli do przekonania, że w płucach gruźlica występuje zawsze pod postacią pneumonji, że twory gruzełkowe są zjawiskiem przypadkowem, zasadniczy zaś pierwiastek stanowi zapalenie tkanki płucnej—pneumonja.

Calmette [11]) w dziele swem: „L'infection bacillaire et la tuberculose" tak określa ów splot przyczyn, który powoduje tę lub ową postać gruźlicy: „L'infection tuberculeuse, suivant qu'elle est isolée ou repetée, suivant qu'elle est réalisée par des bacilles plus ou moins virulents, plus ou moins nombreux, chez des sujets vierges ou plus ou moins immunisés par une ou plusieurs infections benignes antérieures, se traduit tantôt par des petits foyers et inflammations locales qui tendent à évoluer vers la transformation fibreuse et la guérison tantôt par des foyers d'inflammation grave aboutissant promptement à la necrose cellulaire, puis à la formation de vrais tubercules".

Calmette staje tu więc na stanowisku zależności rozwoju sprawy gruźliczej od dwóch czynników: zarazka i podłoża, na które zarazek działa. Stanowisko jedynie słuszne, dające się zastosować w każdym przypadku i w każdem umiejscowieniu gruźlicy.

Nadzwyczaj ciekawą i pociągającą teorję powstawania i rozwoju gruźlicy wypowiada *Ranke* [12]). Rozróżnia on w gruźlicy na modłę przymiotu trzy okresy: 1) okres wrzodu pierwotnego, kiedy zarazek przeniknąwszy do organizmu poczyna działać jako ciało obce i jako źródło jadów działających miejscowo i na odległość, wytwarzając komórki olbrzymie w miejscu zatrzymania i okołoogniskowe

zapalenie w gruczołach i tkance okołogruczołowej. Owe zapalenia okołoogniskowe (perifocale Entzündung) są wyrazem stopniowo rozwijającej się nadczułości (allergia) na jad gruźliczy; 2) okres uogólnienia gruźlicy kiedy choroba rozszerza się drogą naczyń chłonnych i krwionośnych po ustroju.

W owym okresie nadczułość—allergia dosięga najwyższego punktu rozwoju. Tymczasem organizm w walce z zarazkiem poczyna zdobywać coraz większą odporność, allergia stopniowo słabnie, występuje 3-ci okres gruźlicy umiejscowionej, w którym możemy mieć objawy zupełnej nieczułości na zarazek gruźliczy (*anergia positiva*) lub też nadczułość w stopniu bardzo słabym.

Teorja *Rankego* daje się doskonale zastosować do tych zmian jakie spostrzegamy w przebiegu gruźlicy krtani. Im bardziej organizm został uodporniony przeciw gruźlicy przez przebyte często zupełnie ukryte zakażenia, jak tego dowiodły prace *Looniss'a*, *Picciniego*, *Spenglera*, *Nowaka*, *Rosenberga* i innych tem słabsze będziemy mieli przejawy gruźlicy krtani, tem prędzej nastąpi zagojenie owrzodzenia i zupełne wyleczenie. Im odporność będzie słabsza, *allergia* wystąpi w stopniu silniejszym, tem bardziej cech rozlanych nabierze gruźlica krtani, tem szerzej przejawi się owo okołoogniskowe zapalenie, a wraz z niem i natężenie objawów gruźlicy krtani.

Anatomiczne prace *Grünwald'a*, *Imhofera*, *Hofmanna* wyświetliły bardzo wiele punktów ciemnych w gruźlicy krtani. Pozostał wszakże dotychczas prawie nietkniętym rozdział o zapaleniach gruźliczych stawów nalewkowoobrączkowych, których udział we wszystkich przypadkach połączonych z objawami nieruchomości jednostronnej lub obustronnej strun oraz zajęcia chrząstek nalewkowych jest nadzwyczaj prawdopodobny. Mamy prawo przypuszczać, że właśnie owe cierpienia gruźlicze stawów nalewkowoobrączkowych są może główną przyczyną owych strasznych dysfagij, nie przepuszczających zupełnie pokarmów do przełyku, połączonych ze strasznemi bólami i będących przyczyną zupełnego wycieńczenia chorych, nieraz wprost śmierci głodowej.

Przejdźmy teraz do sprawy powstawania gruźlicy krtani. Najbardziej rozpowszechniony i zdawałoby się najbardziej zrozumiały sposób powstawania tu gruźlicy jest zakażenie wtórne przez plwocinę z płuc zawierającą laseczniki gruźlicze—zakażenie wstępujące. Ale tu nasuwa nam się szereg wątpliwości. Zdawałoby się, że w takim razie zakażenie powinnoby przedewszystkiem dotykać najczęściej miejsca najwęższego, okolicy podgłośniowej górnej bezpośred-

nio pod strunami głosowemi, gdzie zetknięcie się z plwociną pełną laseczników jest najściślejsze. Tymczasem okolica ta nie należy bynajmniej do miejsc często nawiedzanych przez gruźlicę.

Powinniśmy również najczęściej spotykać gruźlicę krtani w okresie rozpadowym gruźlicy płuc, kiedy masa plwociny zawierająca miljardy laseczek gruźliczych przechodzi przez krtań i ma możność ciągłego jej zarażania. Tymczasem widzimy często w podobnych przypadkach krtań zupełnie zdrową lub też tylko drobne w niej zmiany natury gruźliczej. Na 550 przypadków własnych gruźlicy krtani tylko 31% przypada na okres rozpadowy gruźlicy płuc, z tych 7% z gruźlicą krtani lekką i 24% z gruźlicą rozlaną. *Collet*[13]) w okresie rozpadowym gruźlicy płuc podaje 16,66% gruźlicy krtani a *Besold* i *Giddionsen* l.c. 55,82%.

Z danych tych liczbowych oraz z rozważań widać, że zakażenie wtórne z chorych płuc jest ważne, bezspornie, ale bynajmniej nie jedyne. Musimy przyjąć i inne drogi zakażenia, jako to zakażenie pierwotne drogą powietrzną jak to przyjmujemy dla gruźlicy płuc oraz drogą naczyń krwionośnych i chłonnych.

Pierwotne zakażenie dotychczas stwierdzone było niewątpliwie zaledwie w pięciu przypadkach. Dla jego ustalenia w myśl teorji Rankego potrzeba wykazać następcze objawy zapalne w naczyniach oraz gruczołach chłonnych zbierających chłonkę z miejsca pierwotnego zakażenia (*perifocale Entzündung*). Jestto jedyne kryterjum pewne i w pewnej co prawda bardzo nielicznej grupie przypadków takie powiększenie gruczołów chłonnych towarzyszących zmianom gruźliczym w krtani spotykamy. Odrzucanie wszakże możliwości pierwotnego zakażenia krtani na tej podstawie, że gdzieś w głębi ustroju może istnieć jakiś gruczoł gruźliczą sprawą dotknięty, który stał się źródłem wtórnego zakażenia krtani, nie daje się usprawiedliwić. Nie należy przecież zapominać, że zakażenie ustroju może się powtarzać niejednokrotnie, nie tylko drogą wewnętrzną (endogen) ale i drogą zewnętrzną przez przewód pokarmowy, płuca, gardło, migdałki i t. p. Zbyt liczne potemu istnieją możliwości wobec nadzwyczajnego rozpowszechnienia gruźlicy nie tylko wśród ludzi, ale i wśród zwierząt domowych, zwłaszcza bydła.

Za bardzo ważną drogę zakażenia wtórnego krtani należy uważać drogę naczyń krwionośnych, do których dostają się zarazki gruźlicze z serowaciałych ognisk gruźliczych przeważnie płucnych. Tą drogą przeważnie, zdaje się, powstają nacieczenia chrząstek nalewkowych, których nie poprzedzają głębsze owrzodzenia błony ślu-

zowej krtani, nacieczenia więzadeł nalewkowonagłośniowych i prawdopodobnie większość nacieczeń śluzówki krtaniowej.

Co się tyczy zakażenia drogą naczyń chłonnych, to ten sposób zakażenia w krtani prawdopodobnie odgrywa rolę drugo a nawet trzeciorzędną, do tego bowiem potrzeba byłoby wytworzenia specjalnych warunków jak zastój chłonki w szyjnych gruczołach chłonnych, głębokich nadobojczykowych i tchawicowooskrzelowych, dotkniętych gruźlicą, któreby pozwoliło pochłaniającym laseczki gruźlicze białym ciałkom krwi na odbywanie drogi wstecznej i zakażenie krtani. Przypadki takie, jakkolwiek teoretycznie możliwe praktycznie jednak wskutek swej rzadkości nie mogą być brane pod uwagę.

Wreszcie musimy uwzględnić w krtani w pewnych przypadkach ciężkich zapaleń rozlanych zakażenie drogą bezpośredniego rozszerzania się po obwodzie z pierwotnie ograniczonego lub ograniczonych ognisk gruźliczych w krtani albo ze śluzówki gardła i z podstawy języka. Tą drogą rozwijające się zakażenie w krtani w postaci prosówkowych gruzełków rozpadających się i tworzących mniejsze lub większe owrzodzenia w postaci ostrej prosówki gardła przez francuskich autorów chorobą Isamberta zwanej.

Jak wyżej wykazałem nie możemy stwierdzić ścisłej zależności pomiędzy stanem natężenia sprawy gruźliczej w krtani i w płucach. Natomiast związek pomiędzy stanem ogólnym płuc i stanem krtani dotkniętej gruźlicą ustalić się daje, aczkolwiek również tylko do pewnego stopnia. Możemy np. powiedzieć, że im gorszy jest stan krtani tem gorszy będzie stan ogólny. Natomiast odwrotnej reguły stanowczo ustalić nie możemy. Już Heryng przed 30 laty dowiódł możliwości zupełnego zabliźnienia i anatomicznego wyleczenia owrzodzeń w krtani u ludzi, którzy w kilka miesięcy potem zmarli na suchoty płucne. Z czasem liczba takich spostrzeżeń znacznie wzrosła. Możemy więc widzieć chorego z niewielkiemi zmianami w krtani, którego stan ogólny jest bardzo kiepski i nie rokuje żadnej nadziei. Związek pomiędzy dużemi zmianami w krtani i złym stanem ogólnym da się ustalić jako przyczyna i skutek w tych tylko razach jeżeli zmiany gruźlicze w krtani mogą spowodować duże bóle w krtani połączone jak to nieraz bywa z niemożnością przełykania wskutek zalewania płynów do krtani lub wymiotów występujących po jedzeniu. W tych razach mamy do czynienia wprost z głodzeniem się chorego, co pogarsza stan ogólny i często staje się przyczyną zejścia śmiertelnego. Jeżeli bóle krtani są nieznaczne, to nawet przy dużych zmianach ustalać złego rokowania nie mamy prawa.

Tutaj przechodzimy do sprawy nadzwyczaj ważnej dla lekarza i chorego: do sprawy rokowania w gruźlicy krtani. Już napoczątku wykazałem na podstawie własnej obserwacji, że gruźlica krtani tylko w 22% staje się bezpośrednią przyczyną śmierci. W pozostałych przypadkach ma ona wpływ na przebieg choroby o tyle, o ile zmiany w krtani mogą powodować znaczny kaszel lub też bóle odbierające sen i apetyt mogą spowodować wycieńczenie i osłabienie chorego. Rokowanie nasze dotyczy dwóch spraw: zagojenia owrzodzeń wessania się nacieczeń i wyleczenia chorego, W tych razach możemy z bardzo wielką dozą prawdopodobieństwa powiedzieć że zabiegami naszemi możemy krtań wyleczyć. W przypadkach gruźlicy krtani mniej lub więcej rozlanej takiego punktu oparcia dla rokowania jesteśmy pozbawieni. Do pewnego stopnia służą nam pomocą dane dotyczące stanu ogólnego a więc gorączka dochodząca wieczorami do 39°C, tętno słabe i częste powyżej 100 uderzeń na minutę mniej lub więcej duże zmiany w płucach. Jednakże w tych razach nasze rokowanie często bywa mylne zarówno w rokowaniu pomyślnem, jak i złem. To ostatnie zwłaszcza często bywa powodem złośliwych uwag chorego i jego otoczenia o małej biegłości lekarza w ocenie stanu chorego i niskiego stanu medycyny wogóle. Przykłady takich mylnych rokowań posiada, sądzę, z własnego doświadczenia każdy lekarz chorób płucnych a nawet każdy laryngolog,

Jako jeden z takich przykładów przytoczyć mogę następujące spostrzeżenie.

W Marcu 1917 wezwany zostałem do p. Murz. lat 42 liczącego ziemianina. Z wywiadów widać że chory kaszle i gorączkuje od dłuższego czasu. Ta wieczorem dochodzi do 38,5°C, chory uskarża się na kaszel i ból gardła, *St. Praes.* Chory wychudły, tętno 120. stępienie w obu górnych płatach, u szczytów oddech nieokreślony z odcieniem wydechu oskrzelowym, rzęrzenia wilgotne, miejscami dźwięczne. W krtani duże nacieczenie całej nagłośni i lewego więzadła nalewkowonagłośniowego, na nagłośni powierzchowne owrzodzenia. Wobec zmian w płucach, wskazujących na sprawę rozpadową, rozlanych nacieczeń i owrzodzeń w krtani postawiłem żonie chorego rokowanie złe, zaleciłem wszakże bądź co bądź wyjazd do sanatorjum w Zakopanem, przeprowadzenie leczenia sanatoryjnego, absolutne milczenie. Po roku ujrzałem chorego w stanie kwitnącym, owrzodzenia na nagłośni zagoiły się, nacieczenia w znacznym stopniu się wessały, pozostało niewielkie zgrubienie nagłośni i blizny. W płucach ani rzęrzeń ani świstów nie było. Stan ogólny wyśmienity. Chory

przez cały rok pozostawał w sanatorjum i przez ten cały czas nie wymówił ani jednego słowa.

Przykład ten wskazuje, że nawet w rozpaczliwych zdawałoby się przypadkach nie mamy prawa stawiać absolutnie złego rokowania, gdyż nie znane nam są ukryte siły i zdolność lecznicza ustroju. Dążeniem naszem powinno być wynalezienie środka, któryby nam pozwolił określić istnienie owych sił zapasowych. Istnieją pewne wskazówki, że środkiem tym mogłaby być tuberkulina. Znaną jest od czasu doświadczeń Kocha rzeczą, że szczepienia tuberkuliny wykazując za pośrednictwem t. z. odczynu ogniskowego, czy dany osobnik dotknięty jest gruźlicą jakiegokolwiek narządu jednocześnie do pewnego stopnia wyjaśnia w jakim stopniu ustrój dotknięty jest gruźlicą. Brak odczynu t. z. anergia jest wyrazem dwuch stanów wprost przeciwnych: zupełnego braku ogniska gruźliczego w ustroju *anergia positiva* albo końcowego okresu gruźlicy, kompletnego bankructwa ustroju w walce z gruźlicą *(anergia negativa)*. Wrazie wystąpienia wyraźnego odczynu tuberkulinowego *(allergia)*, w zależności od siły odczynu moglibyśmy sądzić 1) o istnieniu w ustroju jednego lub wielu ognisk gruźliczych 2) o większym lub mniejszym zapasie sił obronnych. Silny odczyn przy dużych zmianach daje nam prawo do pewnego stopnia przypuszczać, że ustrój posiada dużo sił obronnych, że walka trwa i że zwycięstwo chorego organizmu jest możliwe. Na tej zasadzie sądzę, stosowanie próby tuberkulinowej w celach prognostycznych jest całkowicie uzasadnione i powinno mieć miejsce w podobnych do mojego przypadkach z zachowaniem naturalnie wszelkich ostrożności jakich wymaga użycie tuberkuliny.

Przechodzę teraz do zagadnień związanych z leczeniem gruźlicy krtani. I w tej dziedzinie w której święcimy dużo zwycięstw, spotykamy się z szeregiem pytań oczekujących rozwiązania. A więc przedewszystkiem sprawa samoistnego wyleczenia (guérison spontanée, Spontanheilung) gruźlicy. Pod tym względem do gruźlicy krtani stosuje się ogólna zasada dotycząca uleczalności gruźlicy wogóle. Zasada ta głosi: samowyleczenie gruźlicy najprędzej występuje właśnie w tych narządach, które najczęściej bywają dotknięte gruźlicą (Schmaus) (l. c.) Do takich narządów jak wiemy należy krtań której pod względem częstości umiejscowienia w niej sprawy gruźlicze zajmuje po płucach drugie miejsce. W myśl tej zasady samoistne wyleczenie gruźlicy krtani nie powinno należeć do rzadkości. Tak *Onodi* [14]) wspomina z literatury o 25 przypadkach samoistnego wyleczenia gruźlicy krtani; do tego dodaje przypadek własny, przed

20 bowiem laty stwierdzono u niego owrzodzenie gruźlicze krtani, które zagoiło się samoistnie po dłuższym pobycie w Mentonie i po zastosowaniu absolutnego milczenia.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego T-wa Laryngologicznego *Tenzer* [15]) przedstawił chorego u którego nastąpiło wyleczenie ciężkiej postaci gruźlicy krtani wyłącznie pod wpływem leczenia ogólnego i poprawy odżywiania.

Arnoldson [16]) przytacza przypadek dużego nacieczenia gruźliczego na tylnej ścianie krtani u młodej panienki, które chciał operować za pomocą roszczepienia krtani, a które samoistnie uległo wessaniu po dłuższym pobycie chorej w uzdrowisku.

W roku 1919 spostrzegłem przypadek dość dużego nacieczenia gruźliczego tylnej ściany krtani ze zmianami gruźliczemi w krtani i w obu wierzchołkach płucnych u studenta uniwersytetu Warszawskiego. Choremu początkowo zaproponowałem usunięcie nacieczenia drogą operacyjną, na co ten się zgodził, odkładając wykonanie zabiegu na dwa tygodnie. Po tym czasie zauważyłem u chorego, który się zgłosił na operację znaczną poprawę w stanie ogólnym i w krtani; odłożyłem przeto operację, zalecając choremu absolutne milczenie. Po 3-ch miesiącach pobytu chorego w Otwocku naciek gruźliczy ustąpił zupełnie, stan płuc również poprawił się znacznie.

Podobne przępadki opisuje *Collet (l. c) i Hofer* [17]) *i inni. Reynier (l. c.)* utrzymuje, że samoistne wyleczenie w uzdrowisku Leysin pośród jego chorych zdarza się w 30% przypadków. Widać stąd, że samowyleczenie w gruźlicy krtani w istocie zdarza się zwłaszcza wtedy, jeżeli dopomożemy temu wytwarzając dla chorego możliwie jak najlepsze warunki, dając mu obfite odżywianie, czyste powietrze, odpoczynek ciała i ducha, a dla krtani przez *absolutne milczenie*. Pod absolutnem milczeniem rozumiem wstrzymanie się na mniej lub więcej długi okres czasu, od 3-ch miesięcy do roku zupełnie od mówienia nawet szeptem i porozumiewanie się z otoczeniem za pośrednictwem pióra i ołówka. Chorzy tacy powinni również wszelkiemi siłami wstrzymywać się od kaszlu, co jak to przekonać się możemy, nie jest tak trudne, tembardziej, że oddychanie czystem powietrzem, spokój i milczenie same przez się znakomicie zmniejszają potrzebę kaszlu. Jeżeli więc do tego dodamy choremu nieco narkotyków, kodeiny, heroiny, pantoponu, możemy ograniczyć kaszel do kilku zaledwie krótkich i lekkich odpluwań w celach usunięcia nagromadzonej w drogach oddechowych plwociny.

Metoda milczenia, jeżeli jest przeprowadzona systematycznie i z całą ścisłością daje doskonałe wyniki. Przyznają to wszyscy laryngolodzy, którzy ją stosowali. Wyprobował ją *Onodi* na sobie samym, zachwala ją *Collet, Blumenfeld*[18]). W ciągu ostatnich lat pięciu mam do zanotowania cztery przypadki wyleczenia gruźlicy krtani tą metodą. Dwa przypadki już wyżej wspomniałem. W jednym z nich chodziło o rozlanie nacieczenia całej nagłośni i lewego więzadła nalewkowonagłośniowego, w drugim o ograniczone nacieczenie tylnej ściany krtani. Z pozostałych dwuch, w jednym u mężczyzny 26 letniego wystąpiło nacieczenie lewego więzadła nalewkowonagłośniowego, poczynające się zapalenie ochrzęstny lewej nalewki z unieruchomieniem lewej połowy krtani. Po sześciomiesięcznem milczeniu w Zakopanem zarówno nacieczenie jak i nieruchomość lewej połowy krtani ustąpiła zupełnie. W drugim przypadku nacieczenie i owrzodzenie lewej struny głosowej ustąpiło w ciągu 2-ch miesięcy pod wpływem absolutnego milczenia bez kuracji uzdrowiskowej u chorego 45 letniego adwokata R. z dużemi zmianami włóknistemi w obu górnych płatach płuc, z obfitą zawartością laseczek gruźliczych w plwocinie. U chorego tego po dwuch latach nastąpił nawrót w tej samej postaci i na tej samej strunie i również po dwumiesięcznem absolutnem milczeniu znikło bez śladu.

Widzimy stąd, że milczeniem leczyć możemy nie tylko ograniczone ale i rozlane zapalenia gruźlicze krtani, a nawet zapalenia ochrzęstny, że stosować je możemy nie tylko w uzdrowisku ale nawet u chorych z mocnym charakterem, w domu.

Ważność leczenia milczeniem podkreślam na tem miejscu dla tego, że metodzie tej, jak wiadomo przypisuje się zbyt mało znaczenia, traktuje się ją lekko i pobieżnie, na co bynajmniej nie zasługuje. Przestrzeganie ścisłe milczenia zwłaszcza w uzdrowiskach wśród gruźlików krtaniowych, jestem pewien zwiększyłoby znacznie odsetkę zupełnych wyzdrowień gruźlicy krtani.

W ostatnim lat dziesiątku leczenie gruźlicy wogóle i gruźlicy krtani wszczególności zbogaciło się nowym środkiem leczniczym, promieniami świetlnemi. Leczenie to zainicjowane przez *Roliera* i *Bernharda* znalazło wkrótce szerokie zastosowanie we wszelkich postaciach gruźlicy chirurgicznej. *Sorgo* począł leczyć gruźlicę krtani kierując do krtani promienie słoneczne za pomocą odpowiednio ustawionych luster i tą drogą miał otrzymać bardzo dobre wyniki. Próby *Albrechta* i *Brüningsa*, którzy przeprowadzili nad tą metodą dłuższe studja, dały wynik ujemny. Natomiast stosowane naświetla-

nia całego ciała promieniami słonecznemi a w braku światła słonecznego lampami kwarcową bogatą w promienie ultrafjoletowe i łukową najbardziej zbliżoną do światła słonecznego, u chorych na gruźlicę krtani dało w wielu przypadkach doskonałe wyniki. Wobec tego stosowanie tych naświetlań w gruźlicy krtani znalazło szerokie rozpowszechnienie. *Abe Strandberg*, kierownik działu otolaryngologicznego w Instytucie Finsenowskim podaje sprawozdanie z leczenia 61 przypadków gruzlicy krtani t. z. Finsenowskiemi kąpielami świetlnemi, z których otrzymał 31 wyleczeń, 14 razy poprawę, 12 przypadków bez poprawy i 4 razy śmierć. Autor podkreśla, że nawet tam gdzie poprawy nie było objektywnej znikały bóle gardła i dysfagja. Jeżeli dodam, że leczenie promieniami Roentgena również w leczeniu gruźlicy krtani okazało się często wielce skutecznem, to musimy stwierdzić, że w leczeniu naświetlaniami zyskaliśmy potężny środek w walce z gruźlicą krtani.

Rodzi się teraz pytanie, czy wobec tak wspaniałych wyników leczenia naświetlaniami, należy nam jeszcze stosować metody chirurgiczne, wycinanie, wyskrobywanie nacieczeń gruźliczych wprowadzone przez Herynga, Krausego oraz wypalenie żegadłem galwanicznem u nas oddawna zalecane i stosowane przez *Srebrnego* [19]) zagranicą przez *Grünwalda, Mermoda* i inn.

Na pytanie to w chwili obecnej nie możemy jeszcze odpowiedzieć z całą pewnością z braku odpowiedniego materjału. Pewne wszakże wskazówki z dotychczasowych spostrzeżeń poczynić już możemy.

Tak np. *Blegvad* (l. c.) który stosowal naświetlania lampą łukową u chorych na gruźlicę krtani obok galwanokaustyki w postaci głębokiego ukłucia otrzymał następujące wyniki: Z 86 chorych u 26 nastąpiło zupełne wyleczenie u 11 prawie wyleczenie u 22 duża poprawa u 11 lekka u 3 bez zmian i u 12 pogorszenie. Jeżeli wyniki te zestawimy z wynikami *A. Strandberga* to widać, że wyniki *Strandberga* są nieco lepsze a przynajmniej równe wynikom *Blegvada*. Stąd wynikałoby że lampa Finsenowska sama w gruźlicy krtani lepsza jest od lampy połączonej z zabiegami galwanicznemi. Jeden tylko wzgląd przemawiałby za metodą *Blegvada* skrócenie okresu leczenia, co zwłaszcza dla ludzi biednych posiada znaczenie pierwszorzędne.

Zabiegi chirurgiczne wewnątrzkrtaniowe w postaci wyskrobywań i wycinań nacieków i owrzodzeń ograniczonych dawały mi zawsze bardzo dobre wyniki, co zresztą jest w zgodzie z wynikami

wszystkich laryngologów poczynając od *Herynga* i *M. Schmidta.* Wycinanie nacieczeń rozlanych zwłaszcza nagłośni dawały wyniki dobre w przypadkach ogólnego dobrego stanu. *Arnoldson* chwali zwłaszcza wyniki amputacji nacieczonej nagłośni, która w wielkiej liczbie przypadków dawała mu wynik dobry, a prawie zawsze usuwała bóle i dysfagję przez to nacieczenie wywołane. Natomiast w przypadkach złego stanu ogólnego zabieg operacyjny wpływa zdaniem mojem ujemnie na przebieg choroby, przyspieszając zejście śmiertelne. Stąd płynie wniosek: stosować zabiegi operacyjne w przypadkach zmian ograniczonych i rozlanych przy dobrym stanie ogólnym. We wszystkich innych poprzestawać na leczeniu ogólnem i metodach niekrwawych jak promienie Roentgena, Finsenowskie wanny świetlne, absolutne milczenie.

Pozostaje jednak sprawa najtrudniejsza: co czynić w przypadkach niczem nie dającej się usunąć dysfagji. W jednym z ostatnich przezemnie spostrzeganych przypadków mocne bóle krtani spowodowane rozległem zapalenia ochrzęstny obu nalewek i zapaleniem stawów nalewkowoobrączkowych zostały całkowicie usunięte przez obfite zastrzyknięcie alkoholu w oba nerwy krtaniowe. Niestety pomimo to chory gwałtownie podupadł w stanie ogólnym w skutek wymiotów po każdem jedzeniu. W podobnych przypadkach sądzę jako jedyny sposób utrzymania chorego przy życiu pozostaje obfite odżywianie za pomocą zgłębnika żołądkowego. Jeżeli możemy tygodniami całemi karmić chorego po doszczętnem usunięciu krtani, to również powinniśmy to czynić i w gruźlicy krtani, kiedy zwykłym sposobem wskutek objawów zapalnych krtani i bólów stąd powstałych, wprowadzanie pokarmów do żołądka staje się niemożliwe.

Nie mogę wkońcu pominąć milczeniem sprawy leczenia gruźlicy krtani tuberkuliną, która bądź co bądź daje możność racjonalnego bo przyczynowego leczenia tego cierpienia. Próby leczenia tuberkuliną rozpoczęły się z chwilą wprowadzenia tuberkuliny przez R. Kocha do leczenia i rozpoznawania gruźlicy płuc, przyczem, pierwsi laryngolodzy, którzy ją stosowali, a byli to *B. Fränkel*[20]) i *M. Schmidt* byli zupełnie zadowoleni z otrzymanych wyników i pozostali wierni tuberkulinie przez całe życie. Po nich również z pomyślnym wynikiem stosowali tuberkulinę *Onodi, Rosenberg, Grabower, Willman, Hastigs, Hill* i inni. *Blumenfeld* podaje bardzo pomyślne wyniki leczenia gruźlicy krtani tuberkuliną i zaleca jej użycie we wszystkich przypadkach owrzodzeń gruźliczych zastarzałych, w których leczenie innemi metodami wyników nie daje. *Krause* pominię

cie tuberkuliny w leczeniu gruźlicy krtani uważa za błąd niedodarowania. *Wilkinson* otrzymał w leczeniu gruźlicy krtani tuberkuliną tak pomyślne wyniki, że zaniechał wszelkich innych metod leczenia.

Nie brak wszakże i głosów sceptycznych. *Besolt i Gidionsen, Neumann i Barwell* nie widzieli dobrych wyników po zastosowaniu tuberkuliny, *Friedrich* zaś nawet ostrzega przed jej stosowaniem ze względu na możliwość pogorszenia. Takie diamatralnie różne poglądy na działanie tuberkuliny w gruźlicy krtani wskazują, że sprawa stosowania jej w tem cierpieniu daleką jest jeszcze od rozwiązania. Potrzeba jeszcze wielu dalszych prób, wielu spostrzeżeń na najróżnorodniejszym materjale z różnemi rodzajami tuberkuliny, potrzeba wreszcie dokładnej analizy otrzymanych wyników. W taki sposób dopiero, sądzę, będziemy mogli ustalić w jakich przypadkach gruźlicy, jakie tuberkuliny, w jakiej dozie i w jakiej postaci należy wprowadzać do organizmu. Dotychczas bowiem tylko błądzimy pomacku i tylko trafowi szczęśliwemu nieraz pomyślne wyniki przypisać musimy.

Ten krótki przegląd zasadniczych zagadnień z dziedziny gruźlicy krtani wykazał, sądzę, dość wyraźnie, że znajomość nasza tego cierpienia nie zbyt się pogłębiła. Zdobyliśmy więcej faktów, znamy więcej postaci w jakich się choroba ta przedstawia, natomiast wiedza nasza dotychczasowa o istocie samej cierpienia jego powstaniu i szerzeniu się, wreszcie o jego leczeniu wymaga gruntownej rewizji i szeregu badań zarówno klinicznych jak i anatomopato logicznych oraz doświadczalnych. Do pracy tej dla dobra cierpiącej ludzkości muszą stanąć szeregi nowych badaczy.

---

[1]) Cytowane wg. *Westa* choroby dróg oddechowych (tłum. ros.) [2]) Przedmowa do dzieła *Besolda i Gidionsena:* Patologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose [3]) *Heryng* o chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (Gaz. Lek. r. 1887), [4]) *A. Sokołowski* o uleczalności i t. zw. leczeniu miejscowem suchot krtaniowych (Przegl. Lek. 1887), [5]) *A. Strandberg* — Traitement photothérapique en otorhinolaryngologie Acta Otolaryngologica T. 4, [6]) *Blegvad* — Traitement combiné de la tuberculose du larynx — Acta Otolaryngologica T. 3, [7]) *de Reynier* — Remarques sur l'évolution, pronostic et le traitement de tuberculose du larynx Presse Medicale 1923 Nr. 70, [8]) *Denker u. Brünings* — Die Krankheiten der oberen Luftwege und des Ohres 1922, [9]) Traité pratique d'otorhinolaryngologie, [10]) Cytowane wg. *Calmette'a.* La tuberculose et l'infection bacillaire. [11]) *Calmette* l. c. [12]) *Schmaus* — Die pathologische Anatomie T. 1. [13]) *Collet* — La tuberculose du larynx, du pharynx et du nez- [14]) *Onodi* — Ergebnisse der Abtheilung u. s. w. Monatschrift f. Ohrenk 1917. [15]) Sprawozdanie z posiedzenia Wiedeńskiego T-wa Laryngol. Mon. f. Ohrenk 1922, [16]) *Arnoldson* — Die chirurg. Behandlung der Laryxtuberculose Acta oto-laryngologica T. 3. [17]) Sprawozdanie z posiedzenia Wiedeńskiego T-wa laryngol. 1922 r., [18]) Die chirurgischen Krankheiten der oberen Luftwege und des Ohres T. 4, [19]) *Z. Srebrny* — Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych Medycyna 1893. [20]) Cytowane wg. *Baudelier u. Röpke* Lehrbuch der speciphischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.

O leczeniu gruźlicy krtani.

(Odczyt wygłoszony na 3-im Zjeździe Otolaryng. polskich w Warszawie)

skreślił
Dr. ALFRED LASKIEWICZ

Pierwszę próby leczenia miejscowego gruźlicy krtani łączą się z nazwiskiem *Störka*, którego pesymistyczne zapatrywanie „noli me tangere" wywarło początkowo ujemny wpływ na stosowanie środków odkażających i przyżegających na owrzodzenia gruźlicze w krtani. Dopiero w roku 1876 zdołał autorytet *M. Schmidta* obalić to jednostronne zapatrywanie, polecając przy leczeniu owrzodzeń gruźliczych w krtani wdychywanie środków antyseptycznych jak kwas karbolowy, balsam peruwiański, thymol itp., których działanie gojące podnosi wyżej wspomniany autor w jednej ze swych publikacji. Odtąd zaczyna się nowa era licznych prób i doświadczeń nad miejscowem leczeniem gruźlicy krtani. I tu w pierwszej linji starano się zastosować środki antyseptyczne, jak bor, jodoform, jodol, europhen, kreozot, orthophorm, phenol-sulfit, mentol, rezorcynę, antipyrynę, z których każdy wykazywał już w krótkim czasie pokaźną statystykę pomyślnych wyników leczenia, tocząc prawdziwe współzawodnictwo o palmę pierwszeństwa. Po zastosowaniu wziewań par antyseptycznych, lub w większym jeszcze stopniu proszków dezynfekcyjnych, w formie rozpylań lub instylacji, owrzodzenia gruźlicze krtani szybko się oczyszczały, pokład nekrotyczny znikał, a okoliczne obrzmienie zapalne ulegało zwolna zmniejszeniu. Równocześnie przeciwdziałają te środki wystąpieniu wtórnego zakażenia, którego następstwem jest szybszy rozpad tych owrzodzeń, powikłany niejednokrotnie zapaleniem ochrzęstnej chrząstek krtaniowych. Naciek gruźliczy więzadeł głosowych może się utrzymywać przez szereg lat na jednem i tem samem miejscu, nie dając poza zaburzeniami głosowemi żadnych innych objawów. Skoro tylko naciek ten rozszerzy się na okolicę wyrostków głosowych, powstają nagle objawy gwałtowne ze strony obnażonej ochrzęstnej chrząstek nalewkowych, która ulega szybko procesowi zapalnemu, na tle wtórnego zakażenia. Tę wtórorzędne powikłania gruźlicy krtani zostają w znacznej mierze powstrzymane przez użycie miejscowe środków odkażających, jakkolwiek one właściwie nie mają działania swoistego na sam proces w krtani, To też stosowanie tych środków w gruźlicy krtani scho-

dzi obecnie już na plan drugi i ma znaczenie raczej tylko uzupełniające i zapobiegawcze przed wystąpieniem wyżej wspomnianych powikłań. Ze środków działających miejscowo wymienić należy menthol, orthoparachlorphenol w roztworze glicerynowym, zalecany przez *Seifferta i Simanowskiego,* a zwłaszcza kwas mlekowy wprowadzony w roku 1885, *p. Krausego,* który przez długi czas uchodził za środek specyficzny w leczeniu owrzodzeń gruźliczych w krtani. Stosowanie miejscowe tego środka jest dzięki jego płynnej konstystencji stale połączone z pewnym działaniem drażniącem najbliższe otoczenie. Jego własność przeżegająca została dziś zastąpiona przez galwanokauter, a ze zdolności szybkiego ścinania białka i tworzenia powierzchownych strupów, jakoteż pewnej własności znieczulającej korzystamy dziś tylko w leczeniu powierzchownych owrzodzeń gruźliczych na błonach śluzowych górnych dróg oddechowych.

Nową erą w leczeniu gruźlicy krtani stanowi metoda postępowania chirurgicznego, którą dzielimy na śród i zewnątrz krtaniową. Do śródkrtaniowej zaliczamy: 1) powierzchowne nacięcia obrzęków i głębsze skaryfikacje nacieków gruźliczych w krtani, zalecane poraz pierwszy przez *M. Schmidta i Schecha,* 2) zastrzykiwania podśluzowe rozczynów kwasu mlekowego przy pomocy specjalnie do tego skonstruowanej strzykawki *(Heryng, Krause, Chopell, Mayer),* 3) Curettage-evidement, wyskrobanie śródkrtaniowe nacieków i owrzodzeń gruźliczych, 4) Elektroliza, 5) Galwanokaustyka. Z metod zewnątrz-krtaniowych wymienić należy tracheotomję, laryngofisurę, wycięcie doszczętne nacieków i owrzodzeń gruźliczych głębokich, obejmujących wyłącznie tylko cały aditus laryngis drogą pharyngotomia subhyoidea. Sposób dokładnego śródkrtaniowego wyskrobania owrzodzeń i nacieków w krtani przy pomocy specjalnej łyżki krtaniowej podany w r. 1886 przez *Teodora Herynga* z Warszawy, znajduje zastosowanie przy ograniczonych naciekach gruźliczych na tylnej ścianie krtani, wzgórku nagłośniowym oraz na więzadłach wrzekomych i strunach głosowych, wreszcie w celu oczyszczenia brzegów i dna owrzodzeń z wiotkich nacieków gruźliczych, tworząc z nich w ten sposób łatwo gojące się ubytki. Nacieki i granulacje stwardniałe, lub umieszczone na szczycie nagłośni, chrząstek nalewkowych, jak również na zakładkach nalewkowo-nagłośniowych, okolicy wejścia do sin. Morg. i pod przednim spojem więzadłowym, usuwamy łatwiej przy pomocy podwójnej łyżki krtaniowej Krausego zmodyfikowanej przez Herynga. Od czasu wprowadzenia przez Killiana laryngoskopji z zawieszoną głową, ulepszonej ostatnio przez

Seifferta i Hasslingera, wykonujemy dziś przeważnie te zabiegi śródkrtaniowe na drodze bezpośredniej. Wyniki lecznicze, opisywane przez Herynga i Krausego były bardzo zachęcające, tak że metoda ta stała się wkrótce głównym punktem w repertuarze sposobów leczenia gruźlicy krtani wszystkich niemal specjalistów. Zwolna jednak począł zapał ten stygnąć, a nawet zaczęły się podnosić protesty przeciwko stosowaniu tej metody. Do zdecydowanych przeciwników tego sposobu leczenia należeli *Störk, Schroetter i Reuter,* do bardziej umiarkowanych *Jurasz, Hajek, Lermoyez i Rethi,* którzy podnosili niejednokrotnie nagłe pogorszenie stanu płuc (rozsianie procesu gruźliczego) po dokonaniu zabiegu śródkrtaniowego. Co się tyczy wskazań do powyższego zabiegu w krtani, to są one zależne w pierwszej linji od następujących warunków: 1) od rodzaju i rozprzestrzenienia zmian gruźliczych w krtani, 2) od stanu ogólnego a wszczególności stanu płuc danego chorego. Tylko te przypadki gruźlicy krtani mogą być uwieńczone pomyślnym wynikiem leczenia chirurgicznego, w których zmiany gruźlicze są ściśle ograniczone do pewnych okolic krtani i tak te często spotykane wybujałe nacieki tylnej ściany krtani, które jeszcze nie przeszły na chrząstki nalewkowe a w dalszym ciągu nacieki więzadeł wrzekomych, zatok Morg., ograniczone nacieki strun głosowych, nagłośni i t. d. W przypadkach tych przy pewnej wytrzymałości chorego mogą być te schorzałe miejsca na drodze chirurgicznej dokładnie usunięte. Przypadki, w których więcej, niż $^{1}/_{3}$ całej krtani jest zajęta procesem gruźliczym a przedewszystkiem te, w których nacieki gruźlicze zajmują staw nalewkowo-obrączkowy lub okolicę podgłośniową należy już z góry wyłączyć od powyższego zabiegu. O wiele jednak trudniejsze określenie ścisłego wskazania do zabiegu śródkrtaniowego stanowi zachowanie się stanu ogólnego danego chorego, ze względu na skutki, których nie jesteśmy w stanie w żadnym wypadku przewidzieć. Chorzy, u których zmiany w płucach są stosunkowo ograniczone, a w wyższym jeszcze stopniu tacy, którzy wskutek postępu sprawy gruźliczej okazują cały szereg objawów ogólnych, jako to częste podwyżki ciepłoty, ogólne osłabienie, brak apetytu, utratę na wadze, w końcu i tacy, którzy pod wpływem kokainy dostają łatwo objawów zatrucia, nie nadają się absolutnie do zabiegu chirurgicznego w krtani. Zabieg śródkrtaniowy przy złym stanie ogólnym chorego jest błędem w sztuce, powodującym tylko zgubne następstwa dla zdrowia chorego, a niejednokrotnie nawet przyspieszenie zejścia śmiertelnego. Istotnie więc początkowy zapał do powyższej

metody zdawał się w wielu wypadkach zacierać tę ścisłą i konieczną łączność pomiędzy laryngologją a medycyną wewnętrzną, co można było ironicznie określić słowami: „larynx sanata, mors subita“!

Jako dalszy sposób postępowania chirurgicznego przy naciekach gruźliczych w krtani wymienić należy przecięcia i skaryfikacje obrzmiałych nacieków tylnej ściany chrząstek nalewkowych i zakładek nalewkowo-nagłośniowych nożycami *M. Schmidta*, a nadto odcięcie naciekłej nagłośni przy pomocy specjalnie do tego skonstruowanych kleszczyków przez: *Jurasza*, *Mackenziego* i *Spiessa*. Pewną odmianą metody chirurgicznej śródkrtaniowej jest galwanokaustyka, wprowadzona do leczenia gruźlicy krtani przez *Voltoliniego i Srebrnego* (w 1893 r.) a zalecana szczególniej przez *Mermoda i Grünwalda*. Ten ostatni podał tak zw. wkłucie głębokie, rozżarzonego kauteru (ingnipunktura alba, Tiefenstich) w naciekłą tkankę gruźliczą, jako metodę ochraniającą nabłonek w miejscu powyższego nacieku, w przeciwieństwie do opisanego poprzednio kurettement. W tem też znaczeniu jest zabieg ten sposobem zastępczym a poniekąd także uzupełniającym metodę chirurgiczną zwłaszcza tam, gdzie mamy do czynienia z bardziej płaskiemi naciekami lub rozległemi owrzodzeniami, względnie przyżegamy kaustycznie resztki nacieków, po poprzedniem kuretement, W przypadkach nacieków twardych włóknistych w przestrzeni międzynalewkowej lub na więzadłach wrzekomych, okazujących skłonność do krwawienia przy wyskrobywaniu, dalej przy płaskich naciekach gruźliczych podwięzadłowych lub na wewnętrznej powierzchni nagłośni starano się przy pomocy elektrolizy sprowadzić zanik naczyń, a z drugiej strony zniszczenie w głębi umiejscowionych gruzełków, które dawały powód do częstych nawrotów sprawy chorobowej. (*Heryng*, *Kuttner*, *Schech*, *Kafemann)*. Po zastosowaniu elektrolizy a zwłaszcza galwanokaustyki występuje oprócz działania miejscowego, niszczącego jeszcze t. zw. obrzmienie odczynowe najbliższego otoczenia danego ogniska, tworzące niejako wał ochronny przed dalszem rozprzestrzenieniem się pozostałych resztek gruźliczego nacieku. Z metod chirurgicznych zewnątrz-krtaniowych, zalecanych w gruźlicy krtani należy wymienić w pierwszym rzędzie tracheotomję jako zabieg najstarszy i najłagodniejszy, stosowany przedewszystkiem w przypadkach obrzmienia i nacieku gruźliczego, zwężającego znacznie światło krtani a następnie przy szybko postępujących zmianach gruźliczych w krtani, połączonych z silnemi bólami przy połykaniu przy stosunkowo niezbyt posuniętych zmianach w płucach. Początkową nieufność do tej metody,

głoszoną przez *Blumenfelda* i *Grünwalda* starał się *M. Schmidt* obalić dowodami klinicznemi, że działanie lecznicze tracheotomji polega na całkowitem unieruchomieniu krtani i odcięciu jej od szkodliwych wpływów zewnętrznych, co wpływa korzystnie na ustępywanie obrzmienia i na gojenie się w niej procesu gruźliczego, a tem samem na poprawę stanu ogólnego chorego. I jak przy zabiegach śródkrtaniowych tak i tu warunkiem nieodzownym pomyślnego wyniku tracheotomji jest względnie dobry stan płuc i odżywienie chorego. W przypadkach bowiem znacznie posuniętej gruźlicy płuc powoduje tracheotomja w skutek słabego i niedostatecznego wydalania plwociny na zewnątrz częste nagłe pogorszenie stanu ogólnego i przyspieszenia zejścia śmiertelnego. *(Massei, Beschorner, Srebrny, Gloeckner).* Co się tyczy zabiegów większych jak laryngofissura i pharyngotomja subhyoidea, zmierzających do usunięcia doszczętnego ognisk gruźliczych w krtani, to są one dozwolone tylko przy nieznacznie posuniętych zmianach w płucach i dobrym odżywieniu chorego. Laryngofissurę albo thyreotomję zalecał głównie *Pieniążek, Castex, Hollender* i *Grünwald* w przypadkach zmian gruźliczych w krtani ograniczonych, nie dających się usunąć sposobem śródkrtaniowem w celu dokładnego wycięcia ich w częściach zdrowych i następowego tuszowania kwasem mlekowym całego wnętrza krtani. Następnie w przypadkach nacieków gruźliczych guzowatych zwężających światło krtani do tego stopnia, iż zachodzi potrzeba wykonania tracheotomji. W końcu wycięcie krtani połowicze i całkowite zostało dziś już usunięte ze sposobów leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani. Metody zewnątrz-krtaniowe zmierzające do usunięcia bólów przy połykaniu polegają na znieczuleniu pnia nerwu krtaniowego górnego drogą wstrzykiwań w jego najbliższe otoczenie 85% alkoholu lub 2% nowokainy (*Hoffmann, Lieck*), wreszcie na częściowej resekcji tegóż nerwu na szyji wykonywanej zazwyczaj jednostronnie (*Awellis, Wachmann, Shukoff, Blumenthal*). Z dalszych metod przekrwienie bierne spowodowane założeniem opaski elastycznej lub krawata Grabowera na szyję. Przechodząc teraz z kolei rzeczy do leczenia gruźlicy krtani wstrzykiwaniami tuberkuliny muszę z góry zaznaczyć, że początkowe pokładane w niej nadzieje zawiodły w zupełności. Przy użyciu większych dawek tuberkuliny spotykano szybsze posuwanie się i rozpad nacieków gruźliczych w krtani. Nawet użycie małych dawek tuberkuliny nie dało zachęcających wyników, co najwyżej zatem ma tuberkulina zdaniem Blumenfelda znaczenie tylko uzupełniające dla innych sposobów leczenia miejscowego gruź-

licy krtani. Próby uodporniania w gruźlicy płuc i krtani szczepionką Moellera wzgl. Friedmanna sporządzoną z prątków gruźliczych zwierząt zimnokrwistych nie cieszą się dziś jeszcze zbytniem rozpowszechnieniem. Od czasu kiedy R. Koch opisał działanie wstrzymujące wzrost hodowli prątków gruźliczych pod wpływem cyanku złota rozpoczęto cały szereg prób i doświadczeń nad stosowaniem leczniczem przetworów złota w gruźlicy. Dopiero *Spiessowi* i *Feldtowi* udało się uzyskać połączenie jednowartościowego złota z kwasem paraaminooxyaurophenolowęglowym pod nazw. „kryzolgańu", posiadającego wybitne własności lecznicze w gruźlicy płuc i krtani. Po wstrzyknięciu dożylnem kryzolganu w ilościach od 0,025 — 0.2 c^3. otrzymywano odczyn ogólny pod postacią gorączki, bólów i zawrotów głowy, oraz znacznego osłabienia, a prócz tego cały szereg odczynów miejscowych jako to obrzęk i zaczerwienienie w obrębie ognisk gruźliczych w krtani lub wybitne zblednięcie powyższego zapalenia ogniskowego (odczyn Schnaudigella), występujące zazwyczaj w kilka godzin po wstrzyknięciu. Te to odczyny ogniskowe powodują wyraźny proces gojenia się nacieków i oczyszczanie się owrzodzeń gruźliczych w krtani, których szybkość ustępywania stoi w prostym stosunku do rozległości i siły powyższego odczynu. Działanie kryzolganu jest w niektórych wypadkach podobne do tuberkuliny w tem znaczeniu, iż obok odczynu ogólnego występują z reguły jeszcze odczyny miejscowe, a mechanizm działania tego przetworu polega według badań Feldta na t. zw. czynności katalizacyjnej przyspieszającej przemianę materji i żywsze bujanie tkanki łącznej dookoła ognisk gruźliczych a równocześnie na powstrzymaniu rozwoju prątków gruźliczych i podniesieniu odporności całego ustroju. Ponowne wstrzyknięcie kryzolganu powinno być dokonane dopiero po całkowitem ustąpieniu tych odczynów t. j. pierwsze 10 injekcji w odstępach 8—10 dni a następnie po 2—3 tygodniach, stopniując każdą ponowną dawkę o 0.024 c.; i postępując w myśl zasady kombinowania środków w leczeniu gruźlicy krtani starano się połączyć kryzolgan z tuberkuliną Kocha, przyczem dało się zauważyć to paradoksalne zjawisko, że odczyny ogólne i miejscowe po wstrzyknięciu 0,01 mg. tuberkuliny zostały momentalnie wstrzymane przez następowe w 12—24 godzin wprowadzenie dożylne 01 c. kryzolganu. Finder stosuje kryzolgan tylko jako środek uzupełniający leczenie miejscowe śródkrtaniowe wzgl. naświetlanie elektryczną lampą łukową całego ciała. Z dalszych badań Spiessa i Reutera wynika, że połączenie to działa skutecznie nietylko w gruźlicy krtani i płuc ale

także i w przypadkach tocznia błon śluzowych gardła i krtani. Jednakże z powodu działania ubocznego w niektórych przypadkach w postaci białkomoczu i częstego krwioplucia, występującego 2—5 godzin po wstrzyknięciu jak również zbyt wysokiej ceny nie zyskał sobie ten środek większego rozpowszechnienia. Na uwagę zasługuje sposób podany przez *Pfanenstiela* polegający na podawaniu wewnętrznym małych dawek kal. jod. i równoczesnem pędzlowaniu owrzodzeń krtani 3% rozczynem wody utlenionej, po których otrzymywano niejednokrotnie dobre wyniki. Pozostaje jeszcze do omówienia leczenie naświetlaniami promieniami słonecznemi i sztucznemi (Roentgen, kąpiele elektryczne łukowe). Pierwszy *Sorgo* w r. 1904 zalecał przy gruźlicy krtani naświetlanie promieniami słonecznemi, wprowadzając je przy pomocy auto-laryngoskopji do wnętrza krtani. Sposób ten został wkrótce potem wydoskonalony i na szerszą skalę zastosowany przez *Kunwalda* i *Pachnera*, przyczem wyraźnie autorowie ci zaznaczają, że metoda ta tak łatwo dostępna dla każdego chorego ma znaczenie tylko jako dopełnienie innych zabiegów miejscowych w krtani. Wskazania bezpośrednie do leczenia naświetlaniami promieniami słonecznemi gruźlicy krtani stanowią przedewszystkiem według *Bandeliera* rozlane nacieki zapalne z owrzodzeniami, przy których ani zabiegi chirurgiczne, ani też inne sposoby leczenia miejscowego nie mogą być zastosowane. Na szczególniejszą uwagę zasługuje sposób podany przez *Blegvarda* i *Strandberga*, polegający na uzupełnieniu leczenia miejscowego, operacyjnego i zachowawczego obrzęków, nacieków i owrzodzeń gruźliczych krtani kąpielami świetlnemi elektrycznej lampy łukowej całego ciała przez 15—60 minut, po zastosowaniu których występowała już w krótkim przeciągu czasu wybitna poprawa. Sposób ten został dziś ulepszony przez *Weselly'ego*, który przy pomocy rury autoskopowej wprowadza te promienie wprost do wnętrza krtani przez 15—30 minut, wobec czego efekt leczniczy jest daleko lepszy (60%) aniżeli w poprzednio opisywanej metodzie. Wreszcie sposoby leczenia gruźlicy krtani naświetlaniami promieniami Roentgena nie doprowadziły pomimo licznych prób i doświadczeń w tym kierunku do jednolitego wyniku i zgodnego zapatrywania. Od czasu kiedy *Schmerz* z kliniki Hackera opisał dodatni wpływ promieni Roentgena na owrzodzenia gruzlicze jamy ustnej i języka a niedługo potem Ramlohr z Kliniki Heidelberskiej wskazał na ustępywanie nacieków i owrzodzeń w krtani oraz bólów przy połykaniu po naświetlaniach słabemi dawkami promieni Roentgena, sposób ten zyskał sobie

trwałe miejsce w repertuarze środków leczniczych gruźlicy krtani. *Runge* i *Kriebel* zwracają uwagę na to, że gruzlica krtani jest najczęściej powikłaniem gruźlicy płucnej i że naświetlania promieniami Roentgena mają działanie drażniące na te ogniska gruzlicze, a równocześnie pobudzają one i podtrzymują te naturalną samoobronę całego ustroju. Dawkowanie tych promieni powinno być bardzo ostrożne i w każdym przypadku ściśle indywidualizowane. Zaczynamy od dawek najsłabszych 1/10 1/5 HED dawki napromiennej. Zależnie od różnego stopnia nasilenia tego odczynu dzieli *Zange* wyniki postępu leczniczego promieniami X na 5 grup. Z zestawienia tych grup wynika, że o ile nacieki i owrzodzenia w krtani tak powierzchowne jak i głębsze ulegają pod wyływem naświetlań promieniami Roentgena 33—50% wygojeniu, to nacieki gruźlicze w krtani o wyglądzie śluzakowatym z przeświecającemi gruzełkami na nagłośni i więzadłach wrzekomych doznają nawet po użyciu najsłabszych dawek promieni Roentgena znacznego rozpadu i zniszczenia. Z siedmiu przezemnie obserwowanych przypadków leczenia gruźlicy krtani naświetlaniami promieniami Roentg. zauważyłem w przypadku pierwszym (mężcz. l. 38) nacieku na lewej strunie głosowej z powierzchownem owrzodzeniem w tylnej jej połowie po pierwszem naświetlaniu 1/3 HED dawki napromiennej odczyn miejscowy wyrażony silniejszem zaczerwienieniem miejsca nacieku jak również nieznacznym obrzękiem okolicy podgłośniowej. Po następnych 4 naświetleniach w przeciągu 3 miesięcy owrzodzenie na strunie głosowej uległo wygojeniu naciek zmniejszył się do ledwie dostrzegalnych śladów. W przypadku 2-gim i 3-im rozchodziło się o nacieki ziarniste na strunie głosowej oraz na tylnej ścianie z powierzchownem dość rozległem owrzodzeniem, w której z powodu postępującej sprawy gruźliczej w płucach leczenie miejscowe zadmuchiwaniami ortoformu nie dawało polepszenia. Zastosowano leczenie naświetlaniami promieniami Roentg. w odstępach 2-tygodn. począwszy od $^{1}/_{5}$ do $^{1}/_{2}$ HED dawki napromiennej; po 8 naświetlaniach nacieki te znacznie się spłaszczyły, a owrzodzenia zabliźniły się całkowicie pomimo, że sprawa gruźlicza w płucach postępowała dalej. Przypadek 4-ty dotyczył mężcz. l. 35 (Infiltr. apic. pulm. utr.), u którego proces gruźliczy w krtani spowodował głębokie owrzodzenia na obu więzadłach wrzekomych i wzgórku nagłośniowym, pokryte szarawym nalotem. Struny głosowe naciekłe owrzodzeń nie okazywały, pod struną prawą kilka drobnych granulacji. Po pierwszem naświetlaniu $^{1}/_{3}$ HED. dawki napromiennej wystąpiły pasemkowate zaczerwienienia najbliższe-

go otoczenia powyższego owrzodzenia, przyczem jako wyraz żywszego przekrwienia odczynowego mogłem zauważyć po każdorazowem naświetlaniu refleks różowy, przebijający z dna owrzodzenia przez warstwę szarobiałego pokładu. Po dalszych siedmiu naświetlaniach w odstępach co 10 dni owrzodzenia te oczyściły się z nalotów, a bujająca obficie ziarnina z brzegów i dna owrzodzenia wypełniła całkowicie powyższe ubytki. Naciek na strunach głosowych i okolicy podgłośniowej nie uległ wcale zmniejszeniu. W przypadkach 5-ym i 6-ym powodowały owrzodzenia na wewnętrznej powierzchni chrząstek nalewkowych oraz na szczycie nagłośni przejście procesu zapalnego na ochrzęstną, wskutek czego wystąpił obrzęk tych okolic, połączony z bólami przy połykaniu. Słabe dawki promieni Roentgena od $^1/_3$ do $^1/_2$ HED dawki napromiennej spowodowały w obu tych przypadkach zniknięcie bólów połykowych a w przypadku 5-ym po 4 naświetlaniach w przeciągu 2 miesięcy (w dawkach od $^1/_3$ do $^1/_2$ HED) także cofnięcie się obrzęków oraz znaczne zmniejszenie się nacieków i oczyszczenie owrzodzeń, które pomimo dalszego naświetlania nie okazywały skłonności do gojenia się. Wobec tego zastosowałem w tym przypadku dodatkowo jeszcze nakłucie głębokie galwanokaustyczne, po którem wystąpiła już w krótkim przeciągu czasu znaczna poprawa. Wreszcie w przypadku siódmym kobiety l. 25 (infiltr. apic, dextr.) zastosowano 1-no razową dawkę $^1/_3$ HED w celu pobudzenia atonicznych granulacji na tylnej ścianie wewnętrznej powierzchni chrząstek nalewkowych oraz na brzegach i dnie owrzodzeń umieszczonych wzdłuż całej powierzchni strun głosowych. Jednak odczyn miejscowy pod postacią silnego zaczerwienienia całego wnętrza krtani oraz obrzęku chrząstek nalewkowych, połączonego z bólami przy połykaniu, gorączką i nagłem pogorszeniem stanu ogólnego zmusiły mię do dłuższej przerwy w leczeniu Roentgenem powyższego przypadku. Po upływie 3 tygodni zastosowałem ponownie naświetlanie promieni X. w dawkach od $^1/_5$ do $^1/_2$ HED dawki napromiennej, przyczem starałem się zmiejszyć odczyn miejscowy przez zanemizowanie błony śluzowej krtani rozpylaniem 2% nowocainy z dodatkiem 0,5% $1^0/_{00}$ rozczynu adrenaliny bezpośrednio przed każdorazowem naświetlaniem. Wynik w tym przypadku był nadspodziewanie pomyślny, gdyż odczyn miejscowy ograniczył się tylko do przemijającego miejsca dotkniętego naciekiem gruźliczym, który też po 5 naświetlaniach w ciągu $2^1/_2$ miesięcy uległ znacznemu zmniejszeniu. Działanie lecznicze promieni Roent. jest więc w pierwszym rzędzie zależne od rodzaju zmian gruźliczych w krtani. Zmiany powstałe wskutek rozsiania się prątków drogą

krwi na krtań, jako też nacieki głębsze zamknięte lub w większym jeszcze stopniu owrzodziałe, umiejscowione w okolicy chrząstek nalewkowych, dają po zastosowaniu nawet słabych dawek promieni X odczyn miejscowy bardzo silny, wyrażony ostrem zapaleniem tej tak czułej na działanie promieni Roent. ochrzęstnej chrząstek krtaniowych. Prócz tego największa trudność leczenia gruźlicy krtani promieniami Roent. leży w t. zw. biologicznem dawkowaniu tych promieni, które jest każdym razem zawisłe od sposobu oddziaływania na nie błony śluzowej krtani, przyczem ważną niewątpliwie rolę odgrywa anemizacja wnętrza krtani, sposobem wyżej podanym. Na podstawie powyższych wywodów przychodzimy do wniosku, że postępowanie lecznicze w gruźlicy krtani jest w każdym przypadku zależne od trojakiego rodzaju czynników t. j. od sprawy toczącej się w płucach, od obrazu krtaniowego i od stanu ogólnego chorego, wobec czego koniecznem jest połączenie leczenia miejscowego z leczeniem ogólnem. Wybór sposobu i środków do leczenia miejscowego krtani zależy w pierwszej linji od rodzaju zmian gruźliczych a mianowicie od tego czy mamy do czynienia ze zmianami lekkiemi i powierzchownemi (zmiany nieżytowe) czy przeciwnie zmiany te przedstawiają nam już proces daleko posuniętego nacieku z owrzodzeniem. W pierwszym wypadku pokrywa się to leczenie z leczeniem ogólnem hygieniczno-djetetycznem podstawowej przyczyny w płucach, z dodatkiem najwyżej wziewań rozczynów alkalicznych i olejków balsamicznych, jak również zakazu używania głosu, które niejednokrotnie wpływa na zabliźnianie się owrzodzeń w krtani. W drugiem natomiast wypadku rodzaj i rozprzestrzenienie tych zmian decydują o wyborze wyżej opisanych środków i zabiegów w krtani. Leczenie miejscowe gruźlicy krtani powinno być zastosowane w okresie możliwie jaknajwcześniejszym, gdyż od tego nieraz zależy jego pomyślny wynik. Z tem też pośrednio łączy się konieczna potrzeba, aby chorzy z posuniętą sprawą gruźliczą w płucach zwłaszcza w szpitalach i lecznicach byli pod stałym nadzorem lekarza specjalisty (konsulenta) lub conajmniej lekarzy internistów, obeznanych dokładnie z techniką badania krtani, gdyż tylko w tych warunkach umożliwione będzie wczesne rozpoznanie zmian początkowych (odróżnienie zmian nieżytowych od zmian już natury swoistej) a z całego „arsenału" środków stosowanych niejednokrotnie w sposób szablonowy i bezkrytyczny zostaną wybrane tylko te, których działanie lecznicze daje w każdym przypadku ściśle określone wyniki, a przytem nie sprzeciwia się w niczem tej najważniejszej zasadzie leczenia gruźlicy krtani „primum non nocere"!

Przyczynek do patologji i terapji migdałków podniebiennych.

(odczyt wygłoszony na III Zjeździe P. Oto-laryngologów)

podał

Dr. B. CHORĄŻYCKI

Ze wszystkich części migdałka podniebiennego największą uwagę zwraca na siebie biegun górny. *Mink* [1]) podaje, że stany zapalne pochodzą głównie z tego bieguna i usuwa go łyżeczką Trautmana bez uprzedniego nacięcia u brzegu łuku przedniego, t. j. zewnątrztorebkowo. Zabieg ten nazywa „tonsillectomia partialis". Następnie odchyla u góry łuk przedni i nakłuwa dno łoża migdałka jeżeli ma do czynienia z ropniem okołomigdałkowym. *Freedman* [2]) przecina fossa supratonsillaris przy wyłuszczeniu migdałków. *W. Rosenberg* (z kliniki Hinsberga) przecina przedni łuk u góry przy otwieraniu ropni okołomigdałkowych i przy wyłuszczaniu migdałków: w pierwszym wypadku ropień już przez same przecięcie łuku zostaje otwarty, w drugim wypadku ma się dobry dostęp do migdałka. *Max Levy* (Charlottenburg, 1911) również radzi usunąć górny płat migdałka celem zapobieżenia ropniom okołomigdałkowym. *Lee Cohen* [3]) (Baltimore) podaje, że przy wyłuszczaniu migdałków najwięcej krwawi z arterji u góry, również *Halle* (w r. 1913) stwierdza, że krew ścieka zawsze z góry. W r. 1905, gdy nie mówiono jeszcze o tonsillektomji, ogłosił *Heuking* [4]) z Petersburga bardzo pouczającą pracę. w której przytacza 6 przypadków obfitych krwotoków po tonsillotomji. We wszystkich przypadkach krew się lała z góry. Okazało się, że nadcięty był łuk tylny i na wykrojonych migdałkach widać było ściętą z łuku tkankę mięśniową. *Heuking* tłómaczy to w ten sposób: przy operacji chory się dławi, migdałek się wywraca tylnym brzegiem ku przodowi i przedniogórny odcinek łuku tylnego podsuwa się pod ostrze gilotynki. *Gordon* (Petersburg) skonstruował specjalny przyrząd nakładany na gilotynkę celem ochronienia tylnego łuku. Mógłbym przytoczyć jeszcze szereg innych podobnych spostrzeżeń, zado-

---

[1]) Arch. f. Laryng. T. 32. 1920.

[2]) Boston Medical and Surgical Journal 1911.

[3]) Arch. f. Laryng. T. 22. 1909.

[4]) Arch. f. Laryng. T. 17.

wolnię się jednak tem, że wskażę na *I. Killiana* (Worms), który jeszcze w r. 1896 radził otwierać ropnie okołomigdałkowe przez fossa supratonsillaris zagiętym zgłębnikiem na tępo, niejako drogą fizjologiczną, gdyż w wypadkach samowyleczenia t. j. kiedy ropień sam się otwiera, ropa tąż samą drogą się wylewa do gardzieli. *Henke* (z Królewca, 1913) omawiając anatomję fossae supratonsillaris i mając już przed sobą klasyczną pracę *I. Killiana* [5]) przychodzi do wniosku, że cały migdałek jest dobrze otorbiony z wyjątkiem fossae supratonsillaris, która zawiera głębokie uchyłki w postaci kanałów do $1\frac{1}{2}$ cm. długości rozchodzących się w różnych kierunkach poprzez tkankę podniebienia miękiego i przedziurawiających włókna zwieracza gardzieli tak, że bakterje mogą bez przeszkody przedostawać się do wnętrza podniebienia miękiego.

Twierdzenie to *Henke'go* nie jest oparte na własnych badaniach i *Henke* nie podaje źródeł, na których mógłby oprzeć podobny wniosek. Kwestja ta wymaga niewątpliwie specjalnych badań anatomicznych, które też postanowiłem przeprowadzić. W tym celu wyłuszczałem migdałki bardzo ostrożnie wyciągając je kleszczykami ku linji środkowej i nadcinając wyprostowaną błonę śluzową u brzegu łuku przedniego. Zlekka wygiętą skrobaczką Marschika wchodzę do tkanki luźnej między otoczką migdałka a zwieraczem gardzieli i oddzielam migdałek z dołu do góry okrążając cały jego biegun górny. W ten sposób wyłuszczyłem około dwustu migdałków i zbadałem częściowo tuż po wyłuszczeniu, częściowo po utrwaleniu w formalinię. Przedewszystkiem należało zbadać dokładnie samą budowę jamki nadmigdałkowej i sprawdzić zdanie Killiana, który odróżnia 2 postacie: fossa supratonsillaris His'a i sinus tonsillaris Tourtual'a. Pod fossa supratonsillaris rozumie Killian zagłębienie o ściankach gładkich tuż pod rozstępem łuków podniebiennych nad górnym biegunem migdałka. W przekroju strzałkowym zagłębienie takie ma postać trójkąta równobocznego. Zgłębnik zagięty pod prostym kątem wprowadzony do fossa supratonsillaris ustala kierunek na zewnątrz do góry i ku przodowi. Pod sinus tonsillaris Tourtuala Killian rozumie zagłębienie mające ten sam kierunek i znajdujące się również między górnymi odcinkami łuków podniebiennych, tylko nie o ściankach gładkich lecz o ściankach pokrytych tkanką limfatyczną czyli migdałkową, innemi słowy zagłębienie Tourtuala znajduje się w samej substancji migdałka. Obie postacie są podobne do siebie tylko

---

[5]) Arch. f. Laryng. T. 7. 1898.

pod względem topograficznym, gdyż i jedna i druga znajduje się w tak zw. recessus palatinus. Między jedną a drugą postacią istnieje jednak szereg postaci przejściowych o ściankach częściowo gładkich i częściowo pokrytych tkanką limfatyczną, czyli różnica między jedną a drugą postacią nie jest zasadniczą tylko stopniową.

Wynik moich własnych badań jest następujący: We wszystkich zbadanych przezemnie przypadkach mogłem stwierdzić naokoło górnej części migdałka nienaruszoną otoczkę, która obejmuje jednocześnie też całą jamkę nadmigdałkową, niezależnie od tego czy mamy do czynienia z fossa supratonsillaris His'a, czy z sinus tonsillaris Tourtuala. W żadnym przypadku nie widziałem w jamce odnóg lub uchyłków, któreby przedziurawiły otoczkę i przedostały się do wnętrza tkanki podniebienia tak jak podaje Henke. Nie może więc też być mowy o tem żeby istniały odnogi takie sięgające aż do włókien zwieracza gardzieli. We wszystkich jednak przypadkach można było widzieć u górnego bieguna migdałka mniej lub więcej określony odcinek otoczki zupełnie wolny od tkanki limfatycznej, t. j. mający od strony jamki nadmigdałowej ściankę zupełnie gładką. Na preparatach utrwalonych w formalinie przeprowadziłem odnośne badania bardzo ostrożnie za pomocą cienkiego zgłębnika nosowo-łzowego żeby sztucznie nie przedrzeć otoczki i nie utworzyć też fausse route w samej tkance migdałkowej. Dość często przy wyłuszczaniu migdałków, już w fazie początkowej operacji, gdy zanużamy skrobaczkę w tkankę luźną i dość silnie wyciągamy migdałek kleszczykami, odrazu biegun górny wyskakuje z pod roztępu łuków i błona śluzowa się zesuwa z niego jak palec rękawiczki. Po zdjęciu kleszczyków migdałek szybko wraca na swoje miejsce i górny biegun znów znika wgłąb podniebienia. Badając migdałek taki po ukończonem wyłuszczeniu widzimy zawsze u górnego bieguna większy odcinek niepokryty tkanką limfatyczną. Stąd prosty wniosek, że otorbienie obejmuje zawsze całą jamkę nadmigdałkową. Ma się też wrażenie, że tkanka migdałka czyli limfatyczna wrastająca do recessus palatinus nie należy do pars palatina, tylko do pars triangularis migdałka i wrasta do jamki czyli do recessus właśnie zdołu.

Musimy tutaj zrobić małą wycieczkę w dziedzinę embryologji. Otóż w połowie piątego miesiąca widzimy u zarodka zawiązek zatoki migdałkowej w postaci gładkiego owalnego wypuklenia błony śluzowej. Dopiero później na dnie tej zatoki tworzą się trzy waliki poprzeczne (górny, środkowy i dolny), które się rozszerzają coraz więcej, łączą się ze sobą i ze składkami błony śluzowej i tworzą

trzy główne części składowe migdałka: pars palatina, pars lateralis i pars triangularis. W przekroju podłużnym gotowy migdałek jest podobny do szóstki (6): duży brzuszek jest pars triangularis powstała z walika dolnego, długi grzbiet odpowiada pars lateralis powstałej z walika środkowego, kropka główki odpowiada walikowi górnemu czyli przybrzeżnemu (pars palatina). Między brzuszkiem a główką znajduje się jamka nadmigdałkowa. Otóż pars triangularis mogłaby się rozrastać najswobodniej w kierunku linji środkowej t. j. do światła gardzieli. Na przeszkodzie jej jednak stoi nadzwyczajny twór— plica triangularis, która w postaci zastawki się ciągnie z góry na dół od samego rozstępu łuków do dolnego odcinka łuku tylnego. Tkanka migdałkowa, właściwie pars triangularis, napiera na zastawkę, zrasta się z nią na pewnej przestrzeni, pomimo to udaje jej się wydostać z łoża migdałkowego i wtedy otrzymujemy t. zw. postać szypułkową migdałka, która się dobrze nadaje do gilotynowania i do morcellement. Często jednak migdałek nie jest w stanie przerwać przeszkody i jest mocno ściśnięty w zatoce migdałkowej, tak że może się rozszerzać tylko w kierunku locus minoris resistentiae, a mianowicie ku górze wgłąb recessus palatinus, gdzie znajduiemy nieraz więcej niż $^1/_3$ całej masy migdałkowej. Zjawisko to może też mieć miejsce w wypadkach takich, kiedy migdałek nie jest przerośnięty. Wypełnienie recessus palatinus tkanką migdałkową pociąga za sobą niewątpliwie utrudnienie normalnej sekrecji przez tworzenie się zrostów i uchyłków, przewężenie głęboko leżących odcinków tych uchyłków, stagnację, a następnie też rozpad zawartości tychże. Dalszy los tych ognisk obecnie nas nie zajmuje.

Przy wyłuszczeniu bieguna górnego nigdy nie natrafiłem na większe naczynie krwawiące i powiem otwarcie, że tylko przy pierwszych moich wyłuszczeniach obawiałem się krwotoku zgóry. Od czasu jednak jakiem się przekonał, że górna ścianka jamki nadmigdałkowej jest bardzo cieniutka to możliwość takiego krwotoku była dla mnie wykluczoną, gdyż podług prawa anatomji tylko większa masa tkankowa może być zaopatrzoną w większe naczynie.

Szczepionki w chorobach gardła, nosa i uszu

podał Dr. L. Batawia (Częstochowa)

Zachęcony rezultatami leczenia szczepionkami chorób gardła, nosa i uszu przez lekarzy amerykańskich i francuskich, jak również i dobremi wynikami, obserwowanemi na oddziałach chirurgicznych częstochowskich przy leczeniu metodą Wrighta zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia gruczołów chłonnych, szpiku kostnego, obszernych ropni i t. p. postanowiłem wypróbować działanie szczepionek w oto-laryngologji.

Wobec braku w Częstochowie laboratorjum bakterjologicznego, w którem mogłyby być przyrządzane autowakcyny, musiałem się ograniczyć do stosowania szczepionek gotowych. Dlatego też nie mogłem wypróbować działania szczepionek w tych cierpieniach, w których działają skutecznie jedynie autowakcyny, jak nap. w ozaenie.

Nie wdając się w szczegółowy opis sposobu działania szczepionek omówiony już w naszem piśmiennictwie przez Schramma, Leszczyńskiego, Allerhanda, a zwłaszcza w obszernem i świetnem dziele naszego profesora Nitscha, zaznaczę tylko, że dodatni wynik wakcynoterapji w chorobach chirurgicznych polegał na tem, że nacieki pod wpływem szczepionek albo w szybkim tempie ulegały wessaniu, albo też szybciej rozwijał się ropień, przyczem sprawa ropna pozostawała umiejscowioną, ogólny stan chorego poprawiał się, słowem możnaby tu mówić o formowaniu się „pus laudabile" starych autorów. Zwłaszcza dobre wyniki dawało w szpitalach naszych leczenie propidonem zapaleń wyrostka sutkowego. W większości przypadków, o ile wcześnie zastrzyknięto szczepionkę, nacieki ulegały wessaniu, i najczęściej chorego można było operować na zimno. W nielicznych przypadkach, gdy infiltrat uległ zropieniu, ropień okazał się ograniczony, a względnie dobry ogólny stan chorego sprzyjał szybkiemu zagojeniu się rany pooperacyjnej. Podobne zadawalniające wyniki widywałem w szpitalu także w innych chorobach chirurgicznych. Przystępując do wypróbowania działania szczepionek w oto-laryngologji, rozpocząłem stosowanie metody Wrighta w tych cierpieniach nosa, uszu i gardła, które pod względem anatomo-patologicznym przedstawiają się jako nacieki i ropne ogniska. Stosowałem pierwotnie szczepionki gronkowcowe, wychodząc z założenia, że są one skuteczniejsze od paciorkowców, albowiem te ostatnie nie są w stanie wytworzyć tyle przeciwciał, co gronkowce. Używane prze-

zemnie szczepionki gronkowcowe pochodziły z warszawskiego instytutu epidemjologicznego. Zastrzykiwałem początkowo 400 miljon. drobnoustrojów, lecz z powodu minimalnego odczynu miejscowego i ogól negu szybko przeszedłem do podwójnej dawki. Ponieważ skuteczność działania szczepionki zależną jest od siły odczynu, jaki ona wywołuje, zacząłem wkrótce stosować szczepionkę t. zw. propidon Spiessa. Propidon zastrzykuje się śródmięśniowo, wywołuje on dosyć silny odczyn ogólny: dreszcze, podniesienie ciepłoty często do 40° i wyżej. Odczyn ten występuje po 6—12 godzinach po injekcji, lecz trwa przeciętnie 12 godzin. Po 24-ch godzinach zazwyczaj ciepłota opada do normy, choć może niekiedy jeszcze przez dobę jedną wahać się między 37°—38°. Jeżeli po jednej injekcji nie nastąpiła wyraźna poprawa, zastrzykujemy propidon na trzeci dzień, gdy ciepłota już opadła, po raz drugi, a w razie potrzeby po następnych trzech dniach po raz trzeci.

Jako o nieprzyjemnej komplikacji wspomnieć muszę o dosyć silnym bólu na miejscu zastrzyknięcia, który przechodzi pod okładem rozgrzewającym z rozczynu octanu glinu. Zastrzykuję propidon w zewnętrzną powierzchnię uda śródmięśniowo u dorosłych w ilości 4 gramów, t. j. zawartość całej ampułki.

Propidon jest szczepionką mieszaną, t. zw. stockwakcyną, odpowiada buljonowi Delbeta i zawiera w 4-ch centymetrach sześciennych 1 miljard 750 miljonów paciorkowców, 3 miljardy 300 miljonów gronkowców i 8 miljardów prątków błękitnoropnych.

Wiadomem jest, że szczepionki dają wyśmienite rezultaty w czyrakach. I Wright, i Gamaléia i Aubriot, i Baldenweck i wszyscy inni, którzy się tą sprawą interesowali, upatrują w szczepionkach skuteczny środek w zwalczaniu wrzodzianek zewnętrznego przewodu usznego i nosa. Ponieważ czyraki są prawie wyłącznie wywołane przez gronkowce, użyłem do leczenia tego cierpienia szczepionek gronkowcowych, tem bardziej, że, jak wspominałem, są one skuteczniejsze od szczepionek paciorkowcowych. 10—12 injekcji szczepionek o zawartości do miljarda gronkowców wystarczyło, aby wyleczyć chorego z uporczywej furunkulozy nosa lub ucha. Atoli ten sposób leczenia uważam za nieodpowiedni przy ostrej chorobie ucha zewnętrznego lub czyrakach nosa; czyraki ulegają w ciągu 4—5 dni bądź wessaniu, bądź zropieniu, pierwsze więc injekcje z powodu słabego odczynu działania prawie żadnego nie wywołują, a prowadzenie dalszej kuracji po zakończeniu ostrej choroby, jest już zbyteczne. Stosowałem też w tych wypadkach i propidon. Niekiedy wystarczyła jedna injek-

cja, w kilku jednakże wypadkach zastrzyknąłem w odstępach kilkudniowych 3 ampułki propidonu. Co do leczenia czyraków ucha i nosa propidonem, to podzielam zdanie Aubriot'a i innych autorów którzy utrzymują, że powinna zachodzić pewna proporcja między zabiegiem leczniczym i cierpieniem, które pragniemy zwalczyć, i że nie należy zbyt silnych środków stosować w chorobach nieszkodliwych, które dają się uleczyć środkami, nie działającemi silnie. Otóż propidon wskazany jest, ze względu na dosyć silny odczyn ogólny, tylko w wyjątkowych wypadkach: gdy wrzodzianki zbyt silnie dokuczyły choremu, gdy pomimo leczenia tworzą się wciąż nowe, przy furunkulozie rozlanej, przy naciekach większych i przy zajęciu gruczołów chłonnych; w lżejszych natomiast wypadkach lepiej zrezygnować z leczenia metodą Wright'a. Lepiej, niż szczepionki gotowe, działają przy czyrakach autowakcyny.

Przy ropnem zapaleniu ucha środkowego zarówno ostrem, jak i chronicznem jak również i przy zajęciu procesem chorobnym wyrostka sutkowego szczepionki naogół zachęcających wyników nie dają. Baldenweck i Jacod na 41 przypadków zapaleń ucha środkowego leczonych szczepionkami, mieli 13 zapaleń wyrostka sutkowego, t. j. 30% gdy normalnie powikłanie ze strony wyrostka występuje w 6—10%. Aczkołwiek inni autorzy nie widzieli tak fatalnych wyników przy omawianym sposobie leczenia, jednakże i inni (Girou, Gamaleia i Aubriot, Brindel) nie widzieli przy leczeniu metodą Wrighta szybszego wyleczenia ropnego zapalenia ucha środkowego, niż przy dotychczasowem leczeniu miejscowem. Ja zastosowałem propidon u 6-iu chorych, u których rozpoczynał się proces zapalny w wyrostku sutkowym (gorączka, bolesność, nieznaczny obrzęk); u dwuch chorych proces w wyrostku się uspokoił, i operacja okazała się zbyteczną. Wiem że i na oddziale kol. Wrześniowskiego udało się propidonem wyleczyć kilka przypadków zapalenia wyrostka sutkowego. Jedną jednakże na razie wyleczoną chorą po 3-ch tygodniach musiałem operować, przyczem wyrostek wykazał duże zniszczenie. U chorej proces w kości po 3-ch injekcjach propidonu na razie przygasł, aby wkrótce z większą wystąpić siłą. Otóż przypadek ten nauczył mnie, że należy być ostrożnym w leczeniu szczepionkami zapaleń wyrostka sutkowego. Może tu zajść analogiczne zjawisko, jakie widywaliśmy przy leczeniu tego cierpienia sposobem Biera: chory czuje się lepiej, bóle i obrzęk ustępują, ciepłota obniża się, a mimo to proces chorobny w kości zdradliwie postępuje naprzód. Poprawa więc po propidonie niekiedy może być iluzoryczną. Z drugiej strony,

jak słusznie zaznaczył Girou na kongresie otjatrów francuskichw roku zeszłym, propidon, powodując wzniesienie ciepłoty, jako odczyn ogólny, maskuje ciepłotę zależną od procesu chorobnego w kości, a krzywa temperatury jest wszak najwięcej miarodajną przy postawieniu w odpowiednim czasie wskazania do zabiegu operacyjnego. Widzimy więc, że propidon może niekiedy dać nam tylko pozorną poprawę i utrudnia wyciąganie wniosków z krzywej ciepłoty. Z tych względów, pomimo kilku dobrych wyników ze szczepionek, zaniechałem dalszego stosowania propidonu w chorobach ucha, tem bardziej, że wyniki, ogłoszone w dostępnej mi literaturze, nie są zbyt zachęcające.

Bezsprzecznie dobre wyniki dawały mi szczepionki przy wrzodach okołomigdałkowych. Stosowałem w tem cierpieniu wyłącznie propidon i przeważnie w początkowym okresie choroby. Już po pierwszej injekcji występowała w końcu pierwszej doby wyraźna poprawa przedmiotowa i podmiotowa: chory odczuwa mniejszy ból gardła, łykanie staje się swobodniejsze, mowa wyraźniejsza, objektywnie stwierdzić mogłem wyraźne zmniejszenie się nacieku. Poprawa postępowała stale naprzód, i w ciągu 2—3 dni nacieczenie ulegało wessaniu. Wyjątkowo, gdy nie widziałem wyrażnej poprawy, zmuszony byłem zastrzyknąć propidon na trzeci dzień po raz drugi. Zastosowałem tę metodę leczenia wrzodów okołomigdałowych mniej więcej 50 razy. Wprawdzie nie wszystkie przypadki mam zanotowane, lecz, zdaje się, bliskim będę prawdy, gdy powiem, że mniej więcej w 75% nacieczenie dość szybko uległo wessaniu, i zaledwie w 25% zebrał się ropień. Baldenweck i Jacod leczyli szczepionkami 17 wrzodów okołomigdałkowych, z których 13 się rozeszło. Dla zilustrowania skutecznego działania propidonu w omawianem cierpieniu pozwolę sobie w krótkości przytoczyć pierwsze 10 z zanotowanycb przezemnie przypadków:

1) O. Z. lat 24. Ból gardła od tygodnia po stronie lewej. Duży infiltrat około lewego migdałka i obrzęk samego migdałka T.° 37,6° o 10-ej rano. Tegoż dnia 4.o propidonu. Widziałem chorego po 4-ch dniach. Opowiada on, że nazajutrz po zastrzyknięciu ból gardła znacznie się zmniejszył, i łykanie stawało się z każdym dniem swobodniejsze. Ropa nie wydzieliła się. Obecnie bólu gardła niema. W gardle daje się zauważyć tylko zaczerwienienie przedniego lewego łuku.

2) Z. S. lat 28. Dużych rozmiarów naciek na podniebieniu nad ewym migdałkiem, T° 38,4. Utrudnione oddychanie, niepokój. Na-

zajutrz po injekcji propidonu chory lepiej oddycha, jest spokojniejszy, ból gardła mniejszy T^0 38^0. Nacieczenie znacznie mniejsze. Trzeciego dnia stan bezgorączkowy, samopoczucie znacznie lepsze. Czwartego dnia zupełne wyzdrowienie.

3) W. D. lat 40. Ból gardła od dwuch dni. Po jednej injekcji propidonu wessał się duży naciek okołomigdałkowy.

4) 8-mio letnia córka tegoż W. D. miała również wrzód gardła, który rozszedł się w ciągu dwuch dni po injekcji 2,o propidonu.

5) A. K. 31 lat. Ból gardła i ucha od 6-ciu dni. Duży naciek tkanki okołomigdałkowej po stronie prawej, ropienie z ucha środkowego T^0 39, 1^0. Po injekcji propidonu stan ogólny lepszy, ból gardła nazajutrz mniejszy, mowa utrudniona. Na trzeci dzień *wrzód pękł.*

6) A. K. lat 30. Ból gardła od 6-iu dni. Peritonsillitis dextra. Po 20 godzinąch po injekcji propidonu ból gardła zaczął ustępować, głos stał się wyraźniejszy. Na trzeci dzień zaledwie słaby ból przy łykaniu. Objektywnie przekrwienie łuku przedniego i obrzęk migdałka.

7) K. D. 33 lat. Peritonsillitis incipiens. Chora nie zgadza się na zastosowanie szczepionki. Nazajutrz stan gorszy, nacieczenie większe. Zastrzyknięto propidon, i wieczorem tegoż dnia chora już poczuła wyraźną ulgę. Wrzód wessał się.

8) M. N. 30 lat, Peritonsillitis sin. Po zastrzyknięciu propidonu po 12-tu godzinach chora odczuwa już poprawę, nazajutrz samopo czucie zupełnie dobre. Infiltrat wessał się. Silny ból na miejscu injekcji.

9) Ból gardła od 4 dni. Naciek górnych części przedniego i tylnego łuku po stronie prawej. T^0 38,2^0. Propidon. Po 18 godzinach chory łykał swobodniej, po 24 godzinach odczuwał tylko nieznaczny ból gardła. Naciek wessał się.

10) M. F. lat 36. Peritonsillitis sin. po anginie. T. 38, 4. Propidon. Poprawy niema, chory gorączkuje. Na trzeci dzień druga injekcja propidonu. Następnego dnia *wrzód pękł.*

Na 10-ciu chorych, jak widzimy, tylko u dwuch po propidonie zebrał się ropień okołomigdałkowy, a u jednego z nich (№ 5) mimo to stan ogólny po szczepionce się poprawił.

Również dobre wyniki otrzymałem przy t. zw. anginie Ludovici. Nacieczenie obszerne tkanki podskórnej, trwające kilka tygodni, ulega pod wpływem propidonu stosunkowo szybkiemu zropieniu, na które z niecierpliwością czeka chory i lekarz. Przytoczę ciekawy obserwowany przezemnie przypadek.

W roku zeszłym zjawiła się u mnie wieśniaczka w stanie bardzo ciężkim. Chorą jest czwarty tydzień. Ciepłota 39,5^0, sinica, od-

dech stenotyczny. Cała przednia powierzchnia szyji przedstawia się jako twardy naciek u góry zlewający się z żuchwą, a ku dołowi przechodzący na oba obojczyki i mostek; krtań nie jest macalną, najprawdopodobniej naciek wywiera ucisk na tchawicę i przełyk, gdyż chora dusi się i połyka z wielką trudnością jedynie płyny. Wobec ciężkiego stanu chorej skierowałem ją natychmiast do szpitala i poleciłem zaraz zastrzyknąć propidon. Wielkie było me zdziwienie, gdy nazajutrz stwierdziłem wyraźne chełbotanie na znacznej przestrzeni nacieku, który wczoraj przedstawiał się w stanie tak beznadziejnym. Natychmiast szeroko otworzyłem ropień, poczem cała szyja przedstawiała obraz preparatu anatomicznego: pośrodku wisiała krtań a po bokach w ropie kąpały się sznurki mięśni szyji i naczyń. Duszność natychmiast po otworzeniu ropnia ustąpiła, lecz założona do rany gaza jeszcze przez tydzień wywierała ucisk na przełyk i utrudniała w wysokim stopniu połykanie.

W tym przypadku propidon niewątpliwie przyśpieszył zropienie obszernego nacieku, którego konsystencja nie zmniejszała się pod wpływem długotrwałego leczenia miejscowego. Oczywiście nie zawsze wystarcza przy tej chorobie jedna injekcja szczepionki. W innym moim przypadku chełbotanie wystąpiło dopiero po tygodniu po potrójnej dawce propidonu, t. j. po trzech injekcjach.

Szczepionki dawały mi niekiedy zadawalniające rezultaty, jako środek pomocniczy przy zwalczaniu infekcji u operowanych chorych. Gorączka, nie ustępująca po operacji górnej szczęki lub wyrostka sutkowego, niekiedy dała się zwalczyć propidonem. *Iribarne* stwierdził u swych chorych dodatni wpływ buljonu Delbét'a na szybkość gojenia się rany po trepanacji wyrostka sutkowego. Zastrzyknięte jady bakteryjne służą w tych wypadkach podnietą do wytworzenia dostatecznej ilości niweczników dla zwalczenia drobnoustrojów i jadów, krążących we krwi i znajdujących się w ognisku chorobnem.

Inaczej rzecz się ma w zakażeniach ogólnych, przy ciężkiem zatruciu bakteryjnem. Szczepionki w tych razach nietylko nie dają żadnego dodatniego wyniku, lecz mogą okazać się nawet, jak to zaznaczył Wright i potwierdzili inni badacze, szkodliwemi. Przy ciężkich zakażeniach organizm nie wytwarza dostatecznej ilości przeciwciał albo z powodu ogólnego osłabienia, albo z powodu nadmiernej ilości krążących we krwi produktów bakteryjnych. Jeżeli w takim wypadku zastrzykniemy szczepionkę, to spowodujemy zapotrzebowanie do miejsca injekcji pewnej ilości elementów obronnych, których tak wielki brak odczuwa organizm w walce z zakażeniem. Z drugiej

znów strony zastrzyknięte jady bakteryjne wędrują do ogólnego krwiobiegu i powiększają jeszcze więcej istniejący już nadmiar jadów w organiżmie, wzmacniając tem wroga. Praktyka potwierdza te teoretyczne wywody: w ciężkich zakażeniach ogólnych szczepionki żadnego dodatniego wyniku nie dają.

Czy propidon wzgl. buljon Delbét'a jest środkiem zupełnie niewinnym? Ja osobiście nie widziałem ujemnego działania tej szczepionki, jednakże Moreaux i Mourgue stwierdzili w kilku wypadkach po buljonie Delbét'a białkomocz. Autorzy ci wobec tego radzą przed zastrzyknięciem propidonu zbadać mocz i nie stosować leczenia szczepionkami u chorych na nerki.

Czy leczenie szczepionkami zabezpiecza chorego od nawrotów choroby chociażby na czas krótki? Zdaje się, że nie. Chory, u którego wessał się duży czyrak na skrzydle nosa po zastrzyknięciu 4,0 propidonu, zjawił się u mnie po 6-iu dniach z drugim czyrakiem na skórze przegrody nosowej. W innym przypadku zapalenie wyrostka sutkowego ustąpiło po trzech dawkach propidonu, jednakże ta sama chora przybyła po miesiącu na mój oddział z zapaleniem drugiego wyrostka sutkowego. Tym razem propidon nie dał już żadnego rezultatu i po trzech bezskutecznych injekcjach szczepionki chorą musiałem operować. Te dwa przypadki wykazują, że leczenie dorywcze szczepionkami nie zabezpiecza chorego od nawrotów. Dla uniknięcia recydywy w uporczywej furunkulozie nosa lub ucha, należy stosować leczenie szczepionkami przez czas pewien i po wyleczeniu cierpienia, stale powiększając dawkę. Stosować można wakcynę gotową lub też lepiej autowakcynę. Baldenweck uważa za dozę wskazaną dla zabezpieczenia od nawrotów 70 miljardów drobnoustrojów, które mają być zastrzyknięte w ciągu mniej więcej miesiąca.

Reasumując wszystko, co powiedzieliśmy o szczepionkach w chorobach nosa, gardła i uszu, dochodzimy do następujących wniosków:

1) szczepionki leczą skutecznie czyraki nosa i ucha, należy je jednakże stosować w przypadkach ciężkich i uporczywych;

2) dobre wyniki daje propidon przy t. zw. angina Ludovici;

3) bardzo dobre wyniki daje propidon przy wrzodach okołomigdałkowych;

4) w chorobach ucha środkowego i wyrostka sutkowego działanie szczepionek jest problematyczne;

5) szczepionki mogą okazać skuteczne działanie przy zwalczaniu infekcji po operacjach usznych i jam okołonosowych;

6) szczepionki nie są wskazane przy ogólnych zakażeniach.

W sprawie artykułu kol. Lewenfisza:

„Dokładne badanie ostrości słuchu“ *(Przegl. Laryngootjatryczny Nr. 1).*

Autor podaje wzór, który ma umożliwić bardziej ścisłe badanie słuchu, przyczem badanie takie ma być wolne od błędów, zależnych od przytępienia słuchu lekarza. Wzory podane przez kol. Lewenfisza oparte są nie na plastycznych obrazach ostrości słuchu, lecz na zwyczajnem procentowem określeniu czasu trwania dźwięku stroików, przyczem skrócenie czasu trwania dźwięku stroików dla lekarza również określa kol. Lewenfisz procentowo.

Wzory oparte na zwyczajnem procentowem obliczeniu czasu trwania dźwięku nie mogą dać dokładnego obrazu, ani dokładnego pojęcia o ostrości słuchu. Natężenie dźwięku stroików nie jest wielkością stałą, lecz stopniowo się zmniejsza, albowiem stroiki mają drgania podniecane. Z początku drgania są o znacznej amplitudzie, stopniowo drgania zanikają. Wzór, oparty na procentowem obliczeniu czasu trwania dźwięku i wykazujący naprz. 30% normalnego słuchu, daje nam bardzo niedokładne pojęcie o ostrości słuchu. Ostrość słuchu dla tonów stanowić będzie znacznie mniej, niż 30% normalnego słuchu, albowiem czas drgania stroików ubywa w proporcji arytmetycznej, amplituda drgania—w proporcji geometrycznej.

Bezold i Ostman w swoich diagramach słuchu uwzględnili te zasady i podane przez nich metody badania ostrości słuchu są w przybliżeniu ścisłe.

Dla celów praktycznych wystarczy stwierdzić o ile sekund słyszy chory dany stroik krócej, niż człowiek normalny. W razie upośledzenia ostrości słuchu u lekarza, winien lekarz znać skrócenie u siebie dla danego stroika i ilość sekund dodać do otrzymanej różnicy. Osiągamy w ten sposób również dane, wolne od błędów, zależnych od przytępienia słuchu u lekarza.

Dr. B. Karbowski.

STRESZCZENIA.

Choroby nosa i gardła.

1) **H. Stenberg: Przyczynki do fizjologji i patologji błony śluzowej górnych dróg oddechowych.** (*Zeitschr f. Hals, Nasen u. Ohrenheilkde Bd. VIII. 3*).

Autor przeprowadza cały szereg badań doświadczalnych nad zdolnością wchłaniania się rozczynów soli nieorgan. i połączeń organicznych a wszczególności roztworów kolloidalnych przez błonę śluzową górnych dróg oddechowych u morskich świnek i psów i przychodzi do następujących wyników: błona śluzowa górnych dróg oddechowych w stanie prawidłowym posiada zdolność wchłaniania tylko rozczynów drobinowych zjonizowanych, roztwory zaś kolloidalne nie ulegają wcale wchłonięciu. W przypadkach chorobowych mogą drobne ilości ciał kolloidalnych z pyłków roślinnych lub nabłonków zwierzęcych przechodzić przez uszkodzony nabłonek z powierzchni śluzówki do wnętrza ustroju, dając objawy chorobowe pod postacią: kataru siennego, rhinitis vasomotoria, astmy i t. d. Wchłanianie roztworów kolloidalnych jak pollargol, surowica, oleje, wstrzykniętych do tchawicy następuje wyłącznie w pęcherzykach płucnych przez nabłonek tych pęcherzyków i ciałka białe, wywędrowane do ich wnętrza, skąd zostają te wchłonięte cząstki przeniesione wgłąb miąższu płucnego, powodujac często ogniska zapalne bronchopneumoniczne.

2) **K. M. Menzel: W sprawie leczenia rhinitis vasomotoria.** (*Zeitschr f. Hals Nasen u. Ohrenhde Bd. VIII. 2*).

Sposób leczenia rhinitis vasomotoria, przeprowadzony przez autora w pięciu przypadkach z wynikiem pomyślnym polega na wstrzykiwaniu 50 — 60% alkoholu pod błonę śluzową muszli dolnej a mianowicie w jej część przednią i środkową a następnie w przedni koniec muszli średniej i przeciwległą część przegrody nosowej t. zw. tuberculum septi. Prócz tego zaleca autor wkładki do obu jam nosowych z rozczynu: calc. chlor., ureae pur. à 0.5, aquae destill 10 przez 15—20 min. na wacie, a przy równoczesnem powiększeniu gruczołu tarczykowego, także tabletki thyreoidyny na wewnątrz. Ujemną stroną tych wstrzykiwań jest zbyt długi okres (3—4 tyg.) leczenia następowego, to też autor stosuje go tylko wtedy, kiedy inne bardziej prostsze sposoby nie odnoszą pożądanego skutku.

A. Laskiewicz.

3) **K. Hosonu-Robe. Drobnowidzowe badania nad tuberculoma przegrody nosowej.** (*Passow u. Schäfer Beitr. l. 20. Z. 5/6 1924*).

Na 5 przypadkach tuberculoma przegrody nosowej stwierdza autor, że obok specyficznej tkanki ziarninowej występuje również obfite bujanie tkanki łącznej, a następnie, że guzy te mają małą

bardzo skłonność do rozpadu i serowacenia. Obok tych właściwości stara się autor rozpatrzeć bliżej stosunek zachodzący między bujaniem guza a zachowaniem się prawidłowych tkanek przegrody. Specyficzna tkanka ziarninowa wnika pasmami w chrząstkę przegrody nosowej, wytwarzając gdzieniegdzie obraz typowy dla gruźlicy (z komórkami olbrzymiemi). Sama chrząstka przegrody ulega miejscami rozpadowi, miejscami zaś wykazuje zmiany w swej budowie, dotyczące głównie substancyi podstawowej komórek, która jest poprzerywana przestrzeniami częściowo wypełnionemi tkanką ziarninową. Bardziej ku środkowi guza można stwierdzić typowy obraz gruzełków z komórkami olbrzymiemi (Langhansa) i gdzieniegdzie ze złogami wapnia.

4) **H. Neuman: Oddychanie przez nos w przypadkach obecności zanikowego nieżytu.** (*Passow u. Schäfer, Beitr. e c. T. 20. Z. 5/6 1924*).

Po przeprowadzeniu doświadczalnych badań na chorych z zanikowym nieżytem nosa (ozaena) przy pomocy rurki szklanej (wprowadzonej do przedsionka nosowego, do dolnego przewodu i w okolicę średniej muszli) połączonej z bębenkiem Mareya i piórkiem, zapisującem na kymografionie krzywą oddychania — dochodzi autor do następujących wniosków:

1) powietrze przechodzi w większej ilości przez dolny przewód nosowy u chorych na ozaenę niż u normalnych.

2) Opór dla przechodzącego powietrza nie jest w nosie z ozaeną większy niż w jamie ustnej, dlatego chorzy z ozaeną wykazują w głębszych odcinkach dróg oddechowych te same uszkodzenia, co oddychający ustami.

3) Śluzówka nosa z zanikowym nieżytem nosa nie jest w stanie oczyszczać i zwilżać przepływającego powietrza, skutkiem czego powstają katary głębszych odcinków dróg oddechowych.

4) u chorych na ozaenę wdech i wydech następują szybciej po sobie niż u zdrowych, występuje więcej oddechów w jednostce czasu czyli że płuca wykonują nadmierną bezużyteczną pracę.

5) po wykonaniu zabiegu operacyjnego, zwężającego światło nosa u chorych na ożaenę wracają w przybliżeniu stosunki prawidłowe; stąd też ta metoda lecznicza powinna znaleźć szersze zastosowanie.

5) **A. Iło.: Przyczynki do nauki o guzach jamy gardłowo-nosowej.** (*Passow u. Schäfer, Beitr. etc. T. 20. Z. 5/6 1924*).

A. opisuje dwa rzadko występujące przypadki a mianowicie pierwszy przypadek, to teratoma epipharyngis a drugi tuberculoma. Oba stwierdzono drobnowidzowo.

6) **O. Wagener: Przeciwskazanie do typowej operacji przegrody nosowej.** (*Passow u. Schäfer, Beitr. etc. T. 20 Z. 5/6*).

W. opisuje przypadek pourazowego skrzywienia przegrody nosowej znacznego stopnia (po stronie lewej wypuklenie przegrody, po prawej subluksacja), w którym nie mógł wykonać typowego wycięcia

przegrody, ponieważ grzbiet nosa opierał się tylko na skrzywionej przegrodzie. By jednak stworzyć wolną drogę dla przepływu powietrza wyciął na wypukleniu przegrody okienko, które wystarczyło do oddychania. Drugi przypadek opisany przez autora dotyczy 70-letniego chorego ze skrzywieniem przegrody znacznego stopnia i przewlekłym katarem oskrzeli (wywołanym niewątpliwie przez skrzywienie przegrody nosowej). Ponieważ typowego wycięcia przegrody nosowej nie mógł autor wykonać z powodu ciężkiego stanu ogólnego chorego i podeszłego wieku -- ograniczył się więc do wycięcia okienka w przegrodzie. Skutek w obu opisanych przypadkach był bardzo dobry. *A. Dobrzański.*

7) **Dr. Ezio Toti. Kazuistyka powikłań wewnątrzczaszkowych przy ostrych przewlekłych cierpieniach jam bocznych nosa od czasu prac Gerber'a i Dreyfuss'a do roku 1923,** (*Ztschr. f. Hals, Nasen u. Ohr. 1923. 7. B. 1. H.*)

Autor opierając się na statystyce Gerbera (187 przypadk.) i Dreyfuss'a (80) a także na spostrzeżeniach własnych (263) przychodzi do następujących wniosków:

Od 25 do 35% powikłań wewnątrzczaszkowych przypada na ostre cierpienia jam bocznych nosa, olbrzymia większość zaś na przewlekłe;

z ostrych zapaleń jam bocznych, częstą przyczyną powikłań wewnątrzczaszkowych bywa influenza (30%);

przy ostrych cierpieniach jam bocznych nosa, jako powikłanie wewnątrz-czaszkowe, spotykanem bywa najczęściej meningitis cerebrospinalis, przy schorzeniach przewlekłych—meningitis, pachymeningitis, abscessus cerebri et sinustrombosis.

W sprawie patogenezy powikłań wewnątrz-czaszkowych autor uważa, iż możebne jest przejście zarazków na jamy czaszkowe per continuitatem, przez żyły i przez naczynia chłonne.

Omawiane powikłania częściej spotykane były u mężczyzn. Mówiąc o stosunku powikłań wewnątrz-czaszkowych do cierpień rozmaitych zatok autor uważa, iż najczęściej powodują je schorzenia zatok czołowych najrzadziej zatoki szczękowe.

Co do rokowania, to najgorsze dają trombophlebity (1 przypad. wyzdrowienia), najlepsze—meningitis serosa.

8) **Dr. Adolf Glasscheib. Własna metoda doszczętnej operacji zatoki Highmor'a** (*Ztschr. f. Hals, Nasen u. Ohr. 1923. 7. B. 1. H.*).

Po odpowiedniem znieczuleniu autor za pomocą wciernika Killian'a odsuwa muszlę dolną ku górze i długim nożem Hallego robi cięcie pod dolną muszlą od jej przedniego końca ku tyłowi najpierw poziomo, a im bliżej ku tyłowi, tem więcej na dół, dochodząc w tyle do dna nosa. Drugie cięcie prowadzi autor wzdłuż linji łączącej przednie końce muszel dolnej i średniej — 2—3 mm. wtył od apertura piriformis. Elewatorem odseparowuje śluzówkę na przestrzeni całego płata i odgina ją ku wewnątrz; następnie płaskiem

dłutem Vest'a oddłutowuje ściankę wewnętrzną zatoki Highmor'a pod dolną muszlą, rozpoczynając na 2—3 mm. ku tyłowi od apertura piriformis i dochodząc w tyle do granicy średniej i tylnej trzeci muszli dolnej, i usuwa kość. Prócz tego posuwa dłutko wzdłuż drugiej linji cięcia aż do środka przewodu nosowego średniego. Płat śluzówki na zakończenie przechyla do jamy. Wyzdrowienie zwykle po 8—10 dniach.

9) **Dr. S. Bouracy. Własna metoda chirurgicznego leczenia ozaeny** (*Ztschr. f. Hals, Nasen u. Ohr. 1923. 7. B. 1. H*).

Wychodząc z założenia, iż w leczeniu zanikowego nieżytu nosa winno się dążyć do zwężenia światła przewodów nosowych, autor opracował własną metodę operacyjną dla leczenia tego cierpienia.

Na wyrostku zębodołowym górnej szczęki przeprowadza się cięcie poziome poprzez miękie części do kości, podnosząc uprzednio górną wargę na górze. Tkanki miękie odsunąć należy ku górze, aż do obnażenia zewnętrznej kostnej ściany pod i nad dolną muszlą. Muszlę dolną przy pomocy dłuta oddziela się na całej przestrzeni od crista turbinalis. Pomiędzy ścianą zewnętrzną kostną a oddzieloną i odsuniętą muszlę dolną razem z tkankami miękiemi wkłada się tłuszcz. Na rany nakłada się szwy.

Wygojenie następuje per primam po 5—7 dniach.

10) **Dr. Eckert-Möbius. Wszczepianie macerowanej kostki wołu dla leczenia rhinitis atrophicans simpl. et foetida** (*Ztschr. f. Hals, Nasen u. Ohr. 1923. 7. B. 1, H*).

Uważając, iż koniecznem jest przy leczeniu ozaeny zwężenie sztuczne przewodów nosowych, autor używa do tego celu kostki wołu specjalnie wypreparowanej, którą wszczepia podśluzowo do przegrody nosowej.

Preparowanie kości wołu odbywa się w sposób następujący: wycięte ze świeżej kości goleniowej wołu kawałki kości należy gotować przez kwadrans w zwykłej wodzie, poczem wkłada się je na 24—36 godzin do 10% ługu potasu; następnie zmywa się je silnym strumieniem wody przez 15 min. poczem kostki pozostają w bieżącej wodzie przez 12—24 godzin. Tak przemyte wysuszamy na powietrzu i przechowujemy w suchem jałowem naczyniu. Przed użyciem należy je zagotować przez 10 min. w płynie fizjologicznym.

Wszczepianie tak wypreparowanej kostki autor wykonuje w znieczuleniu miejscowem. Cięcie na przegrodzie nosowej pionowo przez śluzówkę i ochrzęstną. Po odseparowaniu śluzówki autor rozszerza przestrzeń między tą ostatnią a chrząstką przygrody jaknajdalej ku tyłowi za pomocą tamponików z gazy i wziernika Killian'a. Do utworzonej kieszeni wkłada się kilka kawałków wypreparowanej kostki wołu. Zeszycia rany zwykle autor nie stosował, natomiast do przewodów nosowych wkładał uciskowe sączki z gazy jodoformowej, pozostawiając je przez trzy dni. Operował autor tym sposobem 20 chorych i z wyników swych jest zadowolony (w 17 przypadk. nastą-

piła poprawa, trwająca przez 20 miesięcy i t. d.). W przypadkach dwustronnej ozaeny autor operuje najpierw jedną stronę, a dopiero po 6—8 tygodniach w razie potrzeby, drugą, gdyż zauważył, iż często po jednostronnej operacji następuje zgięcie, lub załamanie chrząstki przegrody w stronę nieoperowaną, co zmniejsza również objawy ozaeny po tej stronie. *T. Wąsowski.*

11) Marcel Lacmmer et Jean Tarueaud. O schorzeniach nerek na tle zajęcia jamy nosogardłowej („*La Presse Medical* № 7).

Spostrzeżenia licznych badaczy francuskich wykazują, że choroby jamy nosogardłowej łączą się bardzo często ze schorzeniami nerek i to zarówno pod postacią ostrą jakoteż i przewlekłą ze wszystkiemi odmianami klinicznemi. Procentowo najczęściej zdarzają się te zachorzenia u dzieci w związku z przebytą płonicą, ostrem zapaleniem migdałków oraz całego utkania adenoidalnego jamy nosogardłowej, wreszcie z dziedziczną kiłą i przerostem migdałka gardzielowego. Liczne drobnoustroje, wydostające się z krypt przewlekle schorzałych migdałków i adenoidów powodują rozmaite postacie zachorzenia jamy nosogardłowej, jam bocznych a w dalszym ciągu nerek zwłaszcza jeżeli osobnik ten już kiedyś przedtem przechodził chorobę nerkową. Na podstawie powyższych obserwacji zaleca autor systematyczne badanie moczu u osobników ze schorzeniem jamy noso-gardłowej w celu wczesnego zapobiegania ewentualnemu schorzeniu nerek. 2) Konieczność usunięcia doszczętnego migdałków we wszystkich przypadkach schorzeń nerkowych na tle zajęcia jamy noso-gardłowej. 3) Konieczność badania jamy noso-gardłowej u osobników z zaburzeniami nawet przejściowemi w wydzielaniu moczu.

A. Laskiewicz.

12) H. Burger. Przypadki śmiertelne w chirurgji wewnętrznosowej (*Acta Oto-Laryng. Vol. 5. Fasc. 3*):

A. zainteresowany tą sprawą z powodu jednego ciężkiego przypadku spostrzeganego w klinice amsterdamskiej, a zakończonego śmiercią wskutek ropnego zapalenia opon mózgowych, po operacji usunięcia polipów śluzowych dokonanej przez jednego ze specjalistów, zajął się tą kwestją i zebrał odnośne dane z literatury. Do roku 1914 *Felix* zebrał 34 podobne przypadki. A. zaś zgrupował do 1923 r. aż 80. Z nich najwięcej bo aż 22 przypadło na operację zatok sitowych, 16 na przekłucie i przedmuchiwanie zatoki szczękowej, 12 na operację na przegrodzie, 6 na wycięcie polipów, 6 na konchotomję, 5 na zgłębnikowanie i przemywanie zatoki czołowej, pozostałe na inne operacje nosowe. *Hanan Loeb* w Ameryce w tej samej kwestji rozesłał ankietę do wszystkich specjalistów amerykańskich. Na 5000 pytań otrzymał 717 odpowiedzi przyczem 250 rhinologów podało 332 przypadki śmiertelne, z których 190 było następstwem operacji wewnątrznosowej i 142 operacji w gardle. Ze 190 przypadków nosowych w 120 było ropne zapalenie opon mózgowych, pozostałe z innych przyczyn jak krwotok, róża, choc i t. p. Po szcze-

gółowej analizie przypadków śmierci A. dochodzi do następujących wniosków.

1) Niezbędna jest *dokładna znajomość anatomji nosa.*

2) Rhinolog musi mieć *lekką rękę.* Kto jej nie posiada, choćby był najuczeńszy nie ma prawa brać się do rhinologji.

3) *Aseptyka* surowa musi być stosowana we wszystkich rękoczynach nosowych.

4) Należy się zawsze zawczasu przekonać czy nie ma *schorzenia zatok bocznych nosa.*

5) Przed *przemyciem rozpoznawczem* nie wolno wdmuchiwać powietrza do zatoki czołowej lub szczękowej.

6) Operować należy tylko mając *ścisłe wskazanie.*

7) Starać się operować *a froid.*

8) *Unikać zbyt krótkich przerw* w razie potrzeby powtórnej operacji.

9) W razie poważnych objawów towarzyszących zapaleniu zatok bocznych należy dokonywać *operacji zewnętrznej* i rany pooperacyjnej *nie zamykać.*

10) Trzymać się w przyzwoitej odległości od *blaszki sitowej* kości sitowej.

11) *Nie usuwać nigdy śluzówki* z zatoki za *pomocą kiuretowania,* a zwłaszcza unikać kiuretowania *zatoki klinowej.*

12) Nigdy nie operować *po ciemku na ślepo* w zatokach.

13) O ile można jak najrzadziej *tamponować.*

14) Jak najczęściej *umieszczać* chorego *po operacji nosowej w klinice* chociażby na *24* godziny.

Szmurło.

13) Georges Gautier: O zatkaniu jamy nosowej i o nerwicach oddechowych. (*La Presse Medicale 13 férier 1924).*

Na podstawie całego szeregu badań, przeprowadzonych na dzieciach szkolnych wykazał autor związek przyczynowy niedrożności nosa u dzieci z typem oddechowym, który w tych wypadkach był przeważnie piersiowy z nieruchomością prawie całkowitą przepony podczas oddechu. Niedrożność jamy nosowej w tych przypadkach spowodowana bywa przez przerost adenoidów, przerost i powiększenie tylnych końców muszli oraz znaczniejsze zgrubienie śluzówki, spowodowane nieżytami nosa i jamy noso-gardłowej. Zastosowanie dylatacji przy pomocy rozszerzadeł własnego pomysłu, spowodowało w tych wypadkach stopniowe przejście typu oddechowego piersiowego w typ brzuszny, a temsamem wskutek lepszej wentylacji płuc przyczyniło się do polepszenia stanu ogólnego chorego. Zdaniem autora dylatacja usuwa mechanicznie wszelkie przeszkody na powierzchni śluzówki, wygładza jej powierzchnię a zarazem usuwa nadmierną wydzielinę, zalegającą obficie w uchyłkach błony śluzowej nosa. Następnie wspiera działanie gruczołów przez to że pobudza odruchowo wydzielanie i sprowadza lepszą resorbcję wysieków. Przez wpływy naczynio-ruchowe reguluje ona i pobudza krą-

żenie krwi i limfy w błonie śluzowej nosa a pośrednio także przyczynia się do lepszej wentylacji jam bocznych kanału nosołzowego, trąbki Eustachjusza i wzmacnia poniekąd także resonans jamy nosogardłowej.

Autor podaje 2 typy dylatatorów: Pierwszy długości 12 cm. (z twardego kauczuku), którego koniec wewnętrzny jest pod kątem 30° zakrzywiony do drugiego końca, o kształcie oliwkowatym i lekko spłaszczonym. Drugi typ różni się od pierwszego tem, że część zakrzywiona jest znacznie dłuższa, kształt jej jest płaski a krawędź dolna szersza od górnej. Wprowadzenie dylatatora odbywa się po dolnym przewodzie nosa delikatnie bez pokonywania oporu po poprzedniem oczyszczeniu nosa i nadgardzieli. Musimy uważać na to, aby szerokość tegoż dylatatora pozwalała na swobodne wprowadzenie i wyciągnięcie. Na jednem posiedzeniu można przejść z jednego kalibru na 2-gi lub 3-ci pozostawiając je w nosie przez 5—10 minut. *A. Laskiewicz.*

14) Dr. M. Behm. W sprawie błonicy nosa i jam bocznych. (*Ztschr. f. Hals, Nasen u. Ohr. 1923. 7. B. 1. H.*)

O błoniczem zapaleniu nosa i jam bocznych wspominają: *Anthon, Kretschmann, Kaufmann, Arndt, v. d. Hütten* *).

Przypadek autora dotyczy mężczyzny 36 lat liczącego, cierpiącego od dłuższego czasu na nos. Badanie wykazało obecność błon rzekomych w prawym przewodzie nosowym oraz zaciemnienie prawej zatoki Highmor'a. W wydzielinie nosa wykryto prątki Loefler'a. Leczenie surowicą przeciwbłoniczą nie przyniosło korzyści, a wyzdrowienie nastąpiło dopiero po dokonaniu operacji doszczętnej na zatoce Highmor'a.

Choroby krtani.

15) Egon Wiktor Ullmann. Etjologja brodawczaków krtani. (*Acta otolaringologica Vol. 5 fasc. 3*).

Etjologja brodawczaków krtani dotychczas była ciemna; jedni uważali je za następstwo gruźlicy, inni przypisywali w ich powstawaniu pewną rolę dziedziczności, skłonności, najliczniejsza grupa uważała je za rzeczywiste nowotwory. Badanie wszakże kliniczne oraz histologiczne wykazuje nadzwyczajne podobieństwo brodawczaków do szyszkowin stożkowatych (condyloma acuminatum) i do brodawki skórnej (verruca plana), oprócz bowiem podobieństwa budowy histologicznej mają one również wspólne cechy następujące: uporczywość trwania i częstych nawrotów, skłonność do rozszerzania się miejscowego po zabiegach operacyjnych, wreszcie znikanie bez widocznego powodu po wieloletniem istnieniu.

---

*) W naszem piśmiennictwie w tej materji zabierali głos, dzieląc się własnemi spostrzeżeniami Prof. J. Szumurło i Dr. Korybut-Daszkiewicz.
(Przypisek referenta).

Już od roku 1845 został ustalony przez *Chandlera* związek pokrewieństwa pomiędzy lepieżem stożkowatym a brodawką. W roku 1895 *Jadassohn* dowiódł przeszczepialności brodawek płaskich oraz ich zaraźliwości, to samo stwierdził dla stożkowatych *Rasch* a następnie *Waelsch*. Wszyscy ci badacze jednocześnie konstatowali nadzwyczaj długi okres wylęgania, bo od 2-ch do 4-ch . miesięcy trwający. A. rozpoczął w tym samym kierunku poszukiwania skorzystawszy z przypadku brodawczaka krtani u 6-letniego chłopca. Wycięte kawałki po starannem przemyciu i oczyszczeniu ze krwi i śliny autor rozcierał fizjologicznym rozczynem soli kuchennej i otrzymał mlecznej barwy zawiesinę, którą zaszczepił sobie na lewem ramieniu oraz dwu psom: samcowi na podniebieniu twardem i samicy na wardze sromnej w pobliżu wejścia do pochwy i żeby uchronić od lizania miejsca szczepionego, części płciowe A. zaszył. W ciągu pierwszych dwuch miesięcy najmniejszych śladów na miejscach szczepionych nie było. Dopiero w połowie 4-go miesiąca na ręce zjawiły się w kilku miejscach małe brodawki płaskie, które prędko poczęły rosnąć. W tym samym czasie u suki na częściach płciowych w okolicy szczepionej wyrosły drobne brodawki, które rosnąc zlały się w jeden duży brodawczak. Natomiast u drugiego psa na miejscu zaszczepionem na podniebieniu. W tym samym czasie u chłopca operowanego z powodu brodawczaka krtani użytego do szczepień, na górnej wardze na granicy śluzówki i skóry, gdzie podczas operacji nastąpiło zranienie narzędziem użytem do usuwania brodawczaka, wyrosła pewna liczba płaskich brodawek, które poczęły rozrastać się szybko po całej twarzy. A. stwierdza przytem częstość brodawek w kątach ust i na rękach u dzieci cierpiących na brodawczaki krtani, na co zresztą zwrócili uwagę już dawniejsi autorowie jak *Fauvel i Mackenzie*, a w Niemczech *Thost*, który w tych razach mówi o papillomatosis generalis, *Werner* zaś nazywa to *wartzdiathesis* (diateza brodawkowa). A. uważa takie brodawki za powstałe drogą samozaszczepienia (obcieranie rąk i nosa u dzieci tylną powierzchnią dłoni). *Ullmann* następnie postanowił stwierdzić, czy daje się przeszczepiać dalej brodawka otrzymana z brodawczaka krtani i ścięty kawałek ze swej ręki przeszczepił innemu koledze u którego po upływie miesiąca wyrosły na zaszczepionem miejscu grupy brodawek bardzo szybko rosnące.

Opierając się na pewnych danych, pozwalających przypuszczać, że brodawczaki i brodawki powstają przez zarażenie jadem przepuszczalnym przez filtr A. po ścięciu brodawek ze swej ręki poddał je rozcieraniu a następnie filtracji i otrzymany filtrat zaszczepił sobie oraz asystentowi pracowni w skórę prawego ramienia. Po dwuch miesiącach A. stwierdził u siebie wykwity brodawkowe, a po dwuch i pół miesiącach u drugiej osoby szczepionej. Badanie drobnowidzowe wykazało w brodawkach następujące zmiany: wytwarzanie się wakuol w stratum spinosum, przyczem jądro przybiera często postać półksiężyca. Miejscami A. znajdował zbiorowiska komórek powstałych widocznie drogą dzielenia w postaci konglomeratu oddzielone-

go otoczką od otaczających komórek; postaci te przypominają obrazy, opisane przez *Unnę* w chorobie grupy herpes i nazwaną przez niego zwyrodnieniem balonowatem.

W ten sposób autor utrzymuje iż stwierdził, że:

1) można przeszczepiać na śluzówkę pochwy suki brodawczak krtaniowy.

2) że można go również przeszczepiać na skórę człowieka, że przeszczepianie można prowadzić do 3-go pokolenia, przyczem zaraźliwość wzrasta.

3) że można dokonywać szczepień jadem, otrzymanym z brodawek drogą filtracji (2 wyniki dodatnie na 6 szczepień).

J. Szmurło.

16) E. Leichsering i J. Hegener: Porażenie lecznicze nerwu zwrotnego w odniesieniu do prawa Rosenbach-Semona. (*Z. f. H. N. Ohrhde Bd. J. 3*).

Na podstawie obserwacji 21 przypadków, w których w celu zniesienia bólów połykowych przy gruźlicy lub nowotworze krtani wykonano przecięcie nerwu zwrotnego względnie wstrzyknięto w jego najbliższe otoczenie 85% alkohol lub nowokainę przychodzą autorowie do następującego wniosku: Ustawienie strun głosowych przy porażeniu nerwu zwrotnego może być zarówno przyśrodkowe jakoteż i pośrednie. Ustawienie przyśrodkowe positio med. powstaje wskutek tego że napinacze i zamykacze głośni pomimo porażenia nerwu zwrotnego nie okazują objawów porażennych. Obraz laryngoskopy wykazuje nam porażenie wszystkich mięśni krtaniowych i tak w okresie przyśrodkowego ustawienia struny głosowej porażenie równoczesne napinaczy, zamykaczy i rozwieraczy głośni, jakkolwiek mogą tu zachodzić różnice ilościowe, podczas gdy w okresie ustawienia przyśrodkowego struny głosowej porażenie dotyczy tylko rozwieracza głośni (m. cricoarythen. postic). Z doświadczeń tych poczynionych na materjale ludzkim wynika, że prawo Rosenbach-Semona nie wytrzymuje krytyki, gdyż porażenie obwodowe nerwu zwrotnego zaznacza się na wszystkich przezeń zaopatrywanych mięśniach krtaniowych równocześnie. *A. Laskiewicz.*

17) Prof. A. Hescheline. Diaphragma larnygis congenitum. (*Ztschr. f. Hals, Nasen u. Ohr. 1923. 7. B. 1. H.*)

Zwężenia krtani bywają następstwem rozmaitych spraw zapalnych, spotykane są jednak i wrodzone, tak zwane „diaphragmae". Najczęściej umiejscowiają się one u comissura anterior, rozciągając się między strunami, rzadziej pod lub nad niemi; wolny ich brzeg zwrócony ku tyłowi jest sierpowato wklęsły. Błony podobne spostrzegane były przez Fein'a, Chiari, Harmer'a, Hansberg'a. Zazwyczaj wywołują one nieznaczne objawy — lekkie utrudnienie oddechu i słabe zaburzenia mowy. Co do pochodzenia tych błon, to autor przychyla się do teorji embrjonalnej Roth'a. Przypadek autora dotyczy chorego 23 lat liczącego, któremu błona umiejscowiona u co-

missura anterior nie sprawiała żadnych dolegliwości. W takich przypadkach autor radzi trzymać się zasady „noli me tangere".

18) **Dr. Fritz v. d. Hütten. W sprawie leczenia gruźlicy krtani za pomocą czasowego wyłączenia n. recurrenti przez zamrażanie.** (*Ztsch. f. Hals. Nasen u. Ohr. 1923. 7. B. 1. H.*)

Autor wspominając o pracach *Leichsenring'a*, *Bielschowskiego*, *Valentin'a* na podstawie również własnej praktyki doszedł do przekonania o wielkich zaletach tej metody w stosunku do innych.

Choroby ucha.

19) **Prof. H. Marx. Do symptomatologji ropnia zewnątrzoponowego.** (*Ztschr. f. Hals, Nasen u. Ohr. 1923. 7. B. 1. H.*)

Na podstawie własnych spostrzeżeń autor uważa, iż istnieje objaw, umożliwiający rozpoznawanie ropnia zewnątrzoponowego. Objawem tym jest widoczna przy otoskopowaniu pulsacja ropy, zależna zdaniem autora od pulsowania mózgu, przy warunku połączenia jamy ropnia z jamą sutkową i bębenkową. Szczególnie patognomonicznym bywa ten objaw wtedy, gdy istniejąca na początku choroby ucha pulsacja na pewien czas ustaje, a potem nagle pomimo swobodnego wycieku znów występuje w znacznym stopniu.

20) **G. Mahu et M. Vincent: Przypadek zakażenia streptokokowego pochodzenia usznego: Mastoiditis, thrombophlebitis sin. sigm. et bulbi v. jugularis. Wyleczenie.** (*La Presse Medicale 2 avril 24*).

U osobnika 15-to letniego, u którego na tle ostrego zapalenia ucha środkowego, pomimo wykonania paracentezy przyszło do ropnego zapalenia wyrostka sutkowego z objawami septicopyemii, wykonano operację radykalną. Mimo to jednak gorączka utrzymywała się nadal, a gdy i po zastosowaniu elektrargolu i propidonu nie otrzymano polepszenia, przystąpiono niezwłocznie do odsłonięcia i podwiązania zatoki żylnej, w której znajdował się skrzep. Pa założeniu 2 ligatur i przecięciu ścian tejże zatoki wypłukano jej wnętrze rozczynem fizjologicznym Nacl, poczem odcięto żyłę jarzmową tuż powyżej truncus thyreo-linguo-facialis. Przepłukiwania te stosowano dalej przez następne 3 dni. Zapomocą zastrzyków eteru jodoformowego zdołali powyżsi autorowie uśmierzyć ropienie a rana poczęła się goić stopniowo. Temperatura jednakże utrzymywała się nadal. W 4-tym dniu choroby wystąpiły objawy septicopyemji pod postacią dreszczów, wysypki, gorączki, wskazujące na ropień około-nerkowy po stronie prawej, który też nakłuciem stwierdzono, a po wykonaniu nacięcia i wypuszczeniu ropy gorączka opadła natychmiast a stan ogólny znacznie się poprawił. *A. Laskiewicz.*

21) Kettelkamp. — Mucosus oitis, ropne zapalenie ucha środkowego wywołane przez łańcuszkowiec śluzowy otorbiony — streptococcus mucosus capsulatus. *(The Larygoskop, Styczeń 1924).*

A. opierając się na trzech przypadkach śmierci z zapalenia ropnego opon mózgowych z kliniki prof. Neumana w Wiedniu jako powikłania ropnego zapalenia ucha środkowego, którego sprawcą był wzmiankowany drobnoustrój, zwraca uwagę na tę stosunkowo dość częstą i wielce niebezpieczną postać ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego. Na drobnoustrój ten zwrócił na początku bieżącego stulecia pierwszy uwagę prof. *Ghon* b. asystent Zakładu Anatomji Patologicznej w Wiedniu, który stale badał wydzielinę z ucha oraz płyn mózgowo-rdzeniowy w powikłaniach usznych i wykazał nadzwyczajną złośliwość tego mikroba. Przebieg zapalenia ucha bywa zwykle w tych razach początkowo bardzo niewyraźny. Chory doznaje bólów bardzo krótko, w razie ropienia wypływ również trwa krótko, osłabienie słuchu również jest mniejsze niż przy zwykłem ropieniu. Zmiany na błonie bębenkowej są stosunkowo niewielkie i ustępują w krótkim czasie prawie bez śladu. Ciepłota również bywa nie podwyższona. Jedyny objaw, który występuje stale polega na tem, że chory pomimo pozornego powrotu do zdrowia wciąż czuje, że ucho jego nie jest normalne, że tam coś zachodzi niedobrego, chociaż ze strony wyrostka sutkowego najmniejszych zmian często się nie wykrywa. Jeżeli zlekceważymy ten objaw, następuje często powikłanie fatalne w postaci zapalenia opon mózgowych, ropnicy, posocznico-ropnicy lub ropni mózgowych. Podczas operacji widzimy zwykle, że wyrostek uległ zupełnemu zniszczeniu i że twarda opona i zatoka poprzeczna są obnażone.

Zapalenie ropne spowodowane przez s. mucosus są względnie rzadkie. ,Na 54 samoistnie wyleczonych zapaleń w klinice Neumana we Wiedniu 3 przypadki były pochodzenia mucosus otitis. Na 90 przypadków operowanych w 22 znaleziono s. mucosus capsulatus i w 68 non capsulatus. *Szmurło.*

22) S. Kompanejetz: Badania kliniczne nad zachowaniem się narządu słuchowego po silnych detonacjach i wybuchach. (*Zeitschr f. Hals, Nasen, Ohrenheilde Bd. VIII. H. 2*).

Wyniki badań i obserwacji klinicznych 150 przypadków zmian w narządzie słuchowym, powstałych wskutek wybuchu lub silnej detonacji ujmuje autor następująco: Zaburzenia słuchowe względnie głuchota w następstwie detonacji była zazwyczaj obustronna, jakkolwiek w poszczególnych przypadkach można było stwierdzić przewagę zmian słuchowych po jednej tylko stronie. W 74.6% przyp. występowały bardzo uporczywe szumy w uszach i zawroty głowy. W 52% przypadków stwierdził autor zupełną głuchotę, przyczem próba Rinnego wykazywała obustronnie wynik dodatni a w 28.6% przypadków była zlokalizowana do jednej tylko strony. Próba Webera umiejscowiona w 68% po stronie zdrowej a w 31% po stronie chorej. W 63% zauważył autor wypadnięcie tonów najniższych i najwyższych.

Zaburzenia w zakresie narządu przedsionkowego występowały w 76% przypadków w postaci obniżenia pobudliwości kalorycznej, która dopiero z biegiem czasu wracała do stanu prawidłowego. Granica pobudliwości cieplikowej, jakoteż ewentualne różnice w pobudliwości między jedną stroną a drugą, podlegały u kontuzjowanych o wiele większym wahaniom aniżeli w stanie prawidłowym. Skrócony czas trwania oczopląsu obrotowego, jakoteż mały stosunkowo odsetek oczopląsu samoistnego (24.7%) przemawiały za obniżoną pobudliwością narządu przedsionkowego. Pobudliwość na prąd galwaniczny była w przeważnej ilości przypadków (83%) również obniżona a w niektórych przypadkach zupełnie zniesiona mimo utrzymania pobudliwości kalorycznej i obrotowej. Objaw ten przemawia za zmianami wyłącznie tylko w endolimfie (wynaczyn. krwi) a nie w zakończeniach nerwu błędnikowego, co zresztą potwierdziły badania doświadczalne na zwierzętach. *A. Laskiewicz.*

23) M. Thieleman. Doświadczalne wyłączenie reakcyi zbaczania Barany'ego. (*Passow u. Schäfer, Beitr. etc. T. 20 zesz. 3/4 1924*).

Autor potwierdza badania Precechiela na 50 przypadkach z ubytkiem błony bębenkowej, że po zadziałaniu kokainy na śluzówkę jamy bębenkowej kaloryczna reakcja zbaczania z tego ucha nie daje się wywołać. Nadto w części badanych przypadków nie można było również wywołać reakcji zbaczania z drugiego ucha (niekokainizowanego) bądźto w obu ramionach bądźteż tylko w jednym a mianowicie w ramieniu po stronie kokainizowanej. Przypisując to w pierwszym rzędzie udziałowi nerwu trójdzielnego kokainizował autor 10% roztworem śluzówkę nosa i wówczas również reakcya zbaczania nie występowała po zastosowaniu bodźców kalorycznych. Inaczej nieco przedstawia się badanie reakcyi zbaczania na krześle obrotowem. Po skokainizowaniu nawet obu jam bębenkowych reakcya zbaczania występowała po obrotach na krześle, lecz nie występowała po skokainizowaniu śluzówki nosa. Autor tłómaczy zjawisko tem, że skokainizowanie jamy bębenkowej nie wystarcza do przerwania łuku odruchowego między n. trójdzielnym a n. przedsionkowym dla silnych bodźców obrotowych, a wystarcza dla słabo początkowo działających bodźców kalorycznych. Podobno również nie dała się wywołać reakcya zbaczania po podaniu chlorylenu do wąchania ani kalorycznie ani obrotowo. Na podstawie tych spostrzeżeń i na podstawie czynnościowego badania narządu przedsionkowego w jednym przypadku z wyciętem ganglion Gasseri dochodzi autor do wniosku, że reakcya zbaczania ramion powstaje na drodze odruchu nerwu przedsionkowego i czuciowego trójdzielnego, dalej że jest ona niezależną od błędnikowego zawrotu głowy i zmiany w wyobraźni kierunku, gdyż nie daje się ona wywołać mimo obecności zawrotu głowy. *A. Dobrzański.*

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia

Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego w dniu 7-ym czerwca 1924 r. w Warszawie.

Zebranie zagaił Wice-Prezes Towarz. Oto-laryngologicznego Dr. Guranowski witając przybyłych kolegów zamiejscowych i zaprosił na przewodniczącego Walnego Zgromadzenia prof. Szmurłę, na na asesorów D-ra Dobrzańskiego i D ra Königsteina, na sekretarza D-ra Brzosko. Sekretarz Karbowski odczytał sprawozdanie z działalności naukowej Polskiego Tow. Otolaryngol. za rok 1923/24.

Towarzystwo odbyło 8 posiedzeń naukowych, na których wygłoszono 5 odczytów. Pokazów było 20. Zarząd odbył posiedzeń 11.

Spis wygłoszonych odczytów:

1) Z kazuistyki ciał obcych w krtani. 2) Z patologji i terapji cierpień nosa i gardła. 3) Z kazuistyki powikłań spraw ropnych ucha środkowego. 4) Poprawa słuchu po zastosowaniu olejku parafinowego. 5) Przypadek skrycie przebiegającego ropienia ucha środkowego z zupełnem zarośnięciem przewodu usznego z zastępczem powikłaniem wewnątrzczaszkowem.

Z pokazów wymienić należy:

1) Przypadek ropnia pozagardzielowego nieznanej etyologji. 2) Przypadek nowotworu zapalnego jam obocznych i jamy nosowej. 3) Przypadek ropnego zapalenia opon z wyleczeniem po dokonanej labyrinthotomji. 4) Przypadek zaburzeń mowy w następstwie ucisku polipa na miękie podniebienie. 5) Pokaz preparatu anatomopatologicznego krtani 11-letniego chłopca zmarłego na skutek ropnicy szkarlatynowej. 6) Pokaz chorej z przetoką błędnikową, przebiegającą bezobjawowo na tle gruźlicy. 7) Przypadek ropnej przewlekłej sprawy zatoki Highmora, operowany metodą wewnątrznosową. 8) Przypadek rozległego tocznia nosa i gardzieli. 9) Przypadek choroby Basedowa u 12-letniej dziewczynki z objawami Stöckera. 10) Przypadek spasmus nutans. 11) Przypadek przetoki ślinowej po dokonanej antrotomji. 12) Przypadek niedrożności przewodu Stenona z guzem powietrznym. 13) Przypadek brodawczaka operowany czternastokrotnie z dobrym wynikiem. 14) Przypadek raka nagłośni operowany drogą pharyngotomia subhyoidea. 15) Przypadek twardzieli daleko posuniętej, wyleczony naświetlaniami Rentgena. 16) Przypadek gruźlicy ucha środkowego, wyleczony naświetlaniami lampą kwarcową. 17) Pokaz 8-mio miesięcznego dziecka po dokonanej doszczętnej operacji z powodu porażenia n. twarzowego. 18) Przypadek raka krtani. 19) Przypadek plastycznej operacji nosa. 20) Przypadek toczniowej postaci gruźlicy ucha środkowego i przewodu zewnętrznego.

Ponadto demonstrowane były następujące narzędzia:

Aparat do nagrzewań suchem powietrzem.

Aparat do nagrzewania powietrza, wprowadzonego do trąbki Eustachiusza.

Zmieniony sposób stosowania masażu wibracyjnego za pomocą pompki Breitlinga.

Szpatel Marschika zmieniony, ułatwiający bezpośrednie obejrzenie krtani. Przyrząd, ułatwiający chorym stosowanie leczenia miejscowego światłem słonecznem.

Skarbnik Gumiński odczytał sprawozdanie ze stanu kasy Pol. Tow. Otolaryngologicznego za czas od 8 września 1923 do 31 czerwca 1924 r.

Na Walnem Zebraniu P. T. O. w dniu 8 września 1923 r. przyjęto stan kasy Towarzystwa, który wynosił w gotówce	257.554 Marek
Ze składek za 1-sze półrocze wpłynęło w dalszym ciągu	348 000 „
Razem	605.564 „
Po potrąceniu wydatków z działalnością Towarzystwa związanych w sumie	480.000 „
Pozostało w kasie w dniu 15/XI 23	125.564 „
Z funduszu otrzymanego drogą składek podczas Zjazdu Polsk. Oto-Laryngol. w dniu 8 i 9 X 1923 po potrąceniu wydatków otrzymano sumę Mk.	11.000.000
Dodawszy do tego zęść sumy otrzymanej ze składek kupiono ogółem za 19.252.000 Mk. 30 bonów pożyczki złotej po 630.000 Mk. 10/I 24 sprzedano bony a 1.500 000 i tą drogą otrzymano 46.420.564 Mk.	46.420.564 Mk.
Ze składek 44 członków a 1.000.000	44.000.000 „
Za styczeń 1924 w kasie było	90.420.564 „

Z powyższą sumą przystąpiono do wydawnictwa P. P. Otol.

	1) Prof. Szmurło ofiarował	30.000.000
	2) Składki sekcyi Lwowsk.	39 000.000
Wydatki z działalnością P. T. O. związane wynosiły 106.032.000 Mk.	3) Ze składek od 52 człon.	280.700.000
	4) Wpływy z ogłoszeń . .	442.800.000
Konto wydawnictw. 852.926.000 „	Ogółem wpłynęło	883.020,000
	Po zapłaceniu wydatków .	852.926.000
	w dniu 3/VI 24 pozostało w kasie	30.094.564

Komisya rewizyjna złożona z kolegów Dobrowolskiego, Włodz. Hertza i Lublinera sprawdziła księgi przychodu i rozchodu, kwitarjusz i rachunki przedstawione przez skarbnika i znalazła je w zupełnym porządku i pokwitowała skarbnika. Wydawca Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego Dr. Guranowski zdał sprawę z wydawnictwa 1-szego Zeszytu Przeglądu i prosił członków Towarzystwa o dalsze czynne poparcie w redagowaniu a szczególnie w opracowaniu streszczeń z czasopism zagranicznych, Prof. Zalewski w krótkiem przemówieniu podkreślił zasługi D-ra Guranowskiego dla wydawnictwa, pierwszy zeszyt którego, pomimo wielkich trudności, ukazał się w druku. Składka za drugie półrocze ustaloną została w wysokości 12 złotych. *Dr. Dobrzański* zdał sprawę z działalności lwowskiego *oddziału* a prof. *Szmurło* podał do wiadomości, że w Wilnie utworzony został oddział P. T. Oto-lar. składający się z 12 członków. Na redaktora wybrano D-ra Guranowskiego, na Wydawcę D-ra Szumlańskiego a na członka redakcji D-ra Karbowskiego, pozostawiając redaktorowi możność kooptacji członków Tow. Ot. Laryng.

Do Zarządu Pol. Tow. Otol. wybrano na prezesa prof. Zalewskiego na Wice-prezesów D-ra Pieniążka i D-ra Lublinera, na sekretarza D-ra Brzosko. Do komisji Rewizyjnej wybrani zostali D-r Dobrowolski, D-r Wł. Hertz i Dr. Pęski

Wobec oświadczenia D-ra Brzosko o niemożności pełnienia obowiązków sekretarza Towarzystwa, wybrano na jego miejsce D-ra Czarneckiego.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych III Zjazdu Polskich Oto-Laryngologów dn. 8 i 9czerwca 1924 r. w Warszawie

Posiedzenia Zjazdu odbywały się w sali posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Na pierwszem rannem posiedzeniu przewodniczył prof. Zalewski. Sekretarzami byli: Dr. Gumiński i Dr. Karbowski.

Programowe referaty o „*Gruźlicy krtani*“ wygłosili: *Laskiewicz* (Poznań) i *Szmurło* (Wilno). Trzeci referent *Nawrotny* (Kraków) zawiadomił zjazd, że z powodu choroby na zjazd przybyć nie mógł.

Oczekiwany z wielkiem zainteresowaniem odczyt prof. Herynga „40-lecie chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani“ nię został wygłoszony z powodu choroby prelegenta.

W południe inżynier *Dąbrowski* wygłosił odczyt: „O postępach w dziedzinie radiotelefonu“, przyczem zapomocą ustawionego specjalnie w tym celu aparatu obecni wysłuchali koncertu, który w tym czasie odbywał się w Berlinie. Na zakończenie demonstrowane były najnowsze aparaty słuchowe, składową częścią, których są lampki katodalne. Aparaty te były wypróbowane na chorych.

W dyskusji nad referatami Szmurły i Laskiewicza zabierali głos:

Srebrny wspomina o swoich pracach z dziedziny gruźlicy krtani, w których pierwszy mówi o systematycznem leczeniu gruźlicy krtani galwanokaustykę. To jego pierwszeństwo w tej sprawie przyznaje mu Grünwald, który kiedyś przypisał je sobie. W referacie Laskiewicza S. swojego nazwiska nie znalazł, chociaż wspomniane tam są nazwiska inne. Już bardziej daje się usprawiedliwić przemilczenie przez Laskiewicza nazwiska Śr. w sprawie tracheotomji w gruźlicy krtani i w kwestji tuberkuliny, bo mówiąc o tem żadnych nazwisk nie przytaczał. Godziłoby się jednak, aby lekarz polak na polskm zjeździe nie przemilczał udziału polaków w nauce. Co się tyczy refer. Szmurły to w sprawie wpływu milczenia na gojenie się owrzodzeń gruźliczych krtani nie można przeczyć, że wpływ ten jest ważny. ale nię można jemu wyłącznie przypisywać zasługi — najważniejszą rolę gra tu „vis medicatrix naturae“ skłonność do wytwarzania tkanki łącznej. W sprawie patogenezy gruźlicy krtani przypomina S. o dawno już wypowiedzianym poglądzie, że gruźlica z płuc przechodzi na krtań drogą krwi i limfy i jako dowód tego przytaczano, że zmiany w krtani zwykle występują po tej samej stronie, co i zmiany w płucach.

Zalewski — chorego z gruźlicą należy postawić w dobre warunki ogólne. Należy stosować indywidualnie wszystkie sposoby miejscowego leczenia, któremi możemy osiągnąć pomoc w leczeniu ogólnem. Naświetlania promieniami Roentgena w wielu przypadkach wpływają dodatnio na zabliźnianie się spraw chorobowych.

Zamenhof — Szmurło mówiąc o usuwaniu bólu w gruźlicy krtani jakby zbagatelizował do pewnego stopnia injekcje alkoholowe. Ponieważ w sprawie tej mam większe doświadczenie i poraz pierwszy ogłosiłem większą kazuistykę w tym kierunku przed kilkunastu laty z oddziału Lublinera, stwierdzić stanowczo mogę, że injekcje alkoholowe są bardzo potężnym czynnikiem nietylko usuwającym ból, lecz również leczniczym. Jeden przypadek, który opisałem, dotyczył chorego, który po kilku injekcjach stracił zupełnie ból przy połykaniu na przeciąg 3-ch miesięcy, wróciła mu możność przyjmowania pokarmów i lokalna sprawa znacznie się poprawiła, wymiotów po injekcji alkoholu, zależnych jakoby od tej metody nie spostrzegłem nigdy.

Dobrowolski proponuje w dysfagji tuszowanie owrzodzęń 2—10% roztworem lapisu z poprzedniem znieczuleniem 10—20% saletrzanem kokainy. D. stosuje to od kilku lat i widział dobre wyniki, dysfagja zmiejszala się na parę lub kilka dni

a czasem i na dłużej. Co się tyczy tracheotomji to uważa ją przeważnie jako wskazanie życiowe. lecz nie za metodą leczniczą. Z odczytu Dobrzańskiego widocznem jest, że trachotomja stanowi duży uraz a prócz tego następuje metaplazja nabłonka migawkowego na nabłonek plaski, a to utrudnia odpluwanie plwociny. D. widział często po tracheotomji w gruźlicy prędkie zejście śmiertelne wskutek pnemonji opadowej.

Lubliner. — Wszystkie zabiegi od stosowania kwasu mlecznego począwszy do najostatniejszego stosowania promieni Röntgena mogą dać wyniki dodatnie. To mieliśmy przez długie lata po *curettement*, po galwanokaustyce, po injekcjach, po krysolganie i po całym szeregu środków lokalnych i ogólnych. Przy bardzo cierpliwem leczeniu można uzyskać poprawę u chorych przy pomocy b. wielu metod leczniczych. Po za drogą lokalnej infekcji i zakażenia krtani drogą krwionośną, należy pamiętać i o zakażeniu zapomocą dróg limfatycznych.

Glabisz.—Jeżeli przy zabiegach operacyjnych w krtani nie osiągamy często pożądanych pomyślnych wyników, to z tego powodu, że przy laryngoskopji pośredniej nie jesteśmy w stanie przejrzeć całości krtani i dla tego nie usuwamy wszystkich ognisk gruźliczych doszczętnie. Kilkakrotnie kontrolowałem przypadki przezemnie operowane następnie laryngoskopją bezpośrednią z zawieszoną głową (Schwebelaryngoskopją) i otóż okazało się, że pozostawiłem ogniska gruźlicze, których za pomocą lusterka nie zauważyłem.

Polecam zatem wykonywanie zabiegów operacyjnych w gruźlicy za pomocą laryngoskopji bezpośredniej.

Nawiązując do tracheotomji w gruźlicy krtani chciałbym wspomnieć o pewnej kobiecie w ósmym miesiącu ciąży, u której z powodu ciężkiej gruźlicy krtani wykonałem tracheotomję. W pięć miesięcy po zabiegu gruźlica była wyleczona. Niedawno miałem sposobność leczenia chorej, która po kaustyce w krtani, przedstawiała obraz obustronnego porażenia nervi postici a rozchodziło się przypuszczalnie o unieruchomienie stawu obrączkowo-nalewkowego. U chorej tej musiałem wykonać tracheotomję.

Przygoda. — Przy stosowaniu krysolganu we wczesnych okresach gruźlicy krtani obserwowałem znikanie rozlanych nacieków i zgrubień, a w paru przypadkach zagojenie się ograniczonych owrzodzeń. Czasami długotrwające chrypki ustępują i chorzy odzyskują poprzedni głos. W posuniętych sprawach gruźlicy krtani injekcje krysolganu nie dały pomyślnych wyników.

Poznański. — Kwestja etjologji i terapji gruźlicy krtani w ostatnich kilku latach nie posunęła się naprzód. Do dziś dnia trzymamy się starych poglądów, według których są możliwe trzy drogi infekcji: oddechowa, krwionośna i limfonośna. Nie ulega żadnej wątpliwości, że jednakże, najczęściej infekcja krtani lasecznikami Kocha następuje drogami oddechowemi.

W kwestji terapji należy zwrócić uwagę na terapję ogólną i lokalną, przyczem pierwsza powinna być stale i we wszystkich przypadkach bardzo starannie wykonaną—do tego należy: klimatoterapja, djetoterapja i helioterapja.

Należy również zastosować indywidualnie, ostrożnie i pod ścisłą obserwacją ostatnie zdobycze na polu walki z gruźlicą, jak to: ektebinę, szczepionki d-ra Pondorfa A. i B. zależnie od ogólnej konstytucji, stanu płuc i wieku cierpiącego, pozatem dożylne wstrzykiwania preparatów wapiennych, cukrowych lub złotowych.

Lokalna terapja gruźlicy krtani zależną jest od stanu takowej.

W przypadkach Tbc incipiens na pierwszem miejscu należy zastosować t. zw. „milczenie", przyczem choremu wytłómaczyć, że pod „milczeniem" rozumiemy absolutne unikanie wszelkich rozmów nawet rozmowy szeptem, jeżeli zaś niekiedy zezwalamy choremu na taką rozmowę, to i tu należy wytłómaczyć, że pod tem określeniem rozumiemy mowę tylko wargami, albowiem inaczej pojęta mowa szeptem jeszcze bardziej obarcza krtań, aniżeli głośna rozmowa.

Przy bardziej rozwiniętym stanie chorobowym krtani jak to: nacieki, granulacje etc. możemy zastosować tracheotomję, która w grucie rzeczy sprowadza się do terapji „milczenia" z tą tylko różnicą, że w ostatnim wypadku zabezpieczamy się przed wszelkiem ewentualnem przemówieniem ze strony chorego; bezwzględnie zaś winna być zastosowana tracheotomja przy znacznych zwęże-

niach gruźliczych krtani, zanim przystępujemy do poważniejszych zabiegów endolaryngealnych.

Dalej najwłaściwszem leczeniem gruźlicy krtani w stanie naciekowym należy głęboka kaustyka, którą jednakże należy wykonać na niewielkich odcinkach, mając na uwadze reakcyjne obrzęki, które mogą nas niekiedy zmusić do bardzo szybkiego wykonania trachcotomji w obawie przed asfiksją. Wypalenie to należy kilkakrotnie powtórzyć, lecz każdorazowo dopiero po wygasłym procesie reakcyjnym. W międzyczasie należy stosować przypalanie kwasem mlekowym od 40% do 90%, przyczem zaleca się energiczne wcieranie takowego.

Jeżeli mamy do czynienia z granulacjami krtani, to należy je usunąć chirurgicznie, a następnie zastosować kaustykę lub przypalenie kwasem mlekowym.

W kwestji wykonywania zabiegów endolaryngealnych za pomocą laryngoscopia directa („Schwebelaryngoscopie“) muszę nadmienić, że jest to dla chorego dość męczące, natomiast dla operującego bardzo dogodne, albowiem daje możność dokładniejszego rozejrzenia się w sytuacji i wygodniejszego wykonania zabiegu.

Kilka słów o zastrzykach alkoholowych n. laryngei, które dają dobry rezultat, lecz efekt nie zawsze jest słaby.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na leczenie gruźlicy płuc sposobem prof. Manuchina t. j. naświetlaniem śledziony promieniami X, co wywołuje zwiększoną leukocytozę, która, według badań wielu autorów, ma dodatni wpływ na gruźlicę płuc, a być może i na gruźlicę krtani.

Rezultaty naświetlania promieniami X krtani percutan są wątpliwe, przypuszczam jednakże, że przy naświetlaniu bezpośredniem krtani, rezultaty są lepsze, lecz wykonanie takowego nie jest jeszcze na wysokości zadania.

Na zakończenie muszę nadmienić, że w przypadkach ciężkiego stanu płuc lub krtani należy unikać wszelkich zabiegów endolaryngealnych, gdyż nie dają one choremu żadnej ulgi, a przeważnie przyśpieszają exitus.

Gumiński nadmienia, że Laskiewicz wyliczając metody lecznicze w gruźlicy krtani przeoczył metodę Pfannenstiel'a, która polega na tem, iż podając do wewnątrz KJ, a miejscowo H^2 O^2, otrzymujemy J „in statu nascendi“, który na miejscu rozwija działanie bakterjobójcze. Nie wiadomo mi jest czy metoda Pfannenstiel'a znalazła w klinikach naszych większe zastosowanie, widziałem jednak 30 chorych leczonych powyższą metodą w klinice Simanowskiego i przyznać trzeba naogół z dobrym rezultatem. Osobiście, tu w Warszawie, stosowałem metodę Pfannenstiel'a w 5 przypadkach ambulatoryjnie. Niestety, poczynający się okres działań wojennych w 1914 r., nie pozwolił mi doprowadzić swych obserwacji do końca.

Dobrzański podnosi dogodność przyrządu *Haslingera* t. zw. direktoskopu przy stosowaniu wszelkich zabiegów wewnątrzkrtaniowych, a więc w leczeniu chirurgicznem i kaustycznem krtani. Przyrząd *Haslingera* o wiele jest dogodniejszy od przyrządu *Kiliana* i przyrządu *Seiferta*. Zasadą jego jest oparcie przyrządu przy pomocy peloty wysuwalnej na tylnej ścianie gardła względnie na kręgosłupie. Przyrząd ten oddaje nam w klinice lwowskiej wielkie usługi przy wykonywaniu wszystkich zabiegów wewnątrzkrtaniowych. Po wprowadzeniu i nastawieniu krtani, przyrząd sam się trzyma i pozostawia operatorowi obie ręce wolne do wykonania zabiegu.

Karbowski — W referatach i w dyskusji koledzy kładli nacisk na drogi chłonne, któremi gruźlica przechodzi na krtań. Zwracam uwagę, że z nowych prac *Welemińskiego* wynika, że w późniejszych okresach gruźlicy organizm jest tak nastawiony, że białe ciałka krwi pod wpływem agresin tracą zdolność do przenoszenia zarazków gruźlicy, tem samem zakażenie drogą naczyń chłonnych nie następuje. Jeżeli następuje zakażenie to za pośrednictwem układu krwionośnego.

Königstein wspomina o doświadczeniach, dokonywanych w klinice *Hajeka* przez *Wessely'ego* zapomocą światła łukowego. Choremu ułożonemu na wznak przy stosowaniu metody wieszadełkowej napuszcza się w ciągu krótkiego czasu promienie światła łukowego. *Wessely* ma bardzo pomyślne wyniki przy rozległych owrzodzeniach i naciekach krtani gruźliczych i metodę tą stosuje na dużym materjale.

Chorążycki B. Kiedy się mówi o leczeniu milczeniem, zwykle się radzi pacjentowi mówić szeptem. Ch. uważa, że szept wymaga dużego wysiłku od chorego, o wiele większego niż mowa zwykła. Dlatego chory powinien te kilka słów, które zmuszony jest wypowiedzieć, wymówić głosem zwykłym.

Zamenhof L. W odpowiedzi na uwagę Chorążyckiego, że szept jest szkodliwszy dla krtani niż głośna mowa, zwrócę uwagę, że fizjologicznie jest to niemożliwe, gdyż przy szepcie krtań wykonuje ruchy bardzo ograniczone i cały ciężar przenosi się na wargi.

Dalszy ciąg dyskusji nad referatami i odczytami, wygłoszonemi na zjeździe, podamy w najbliższym numerze „P. Przegl. Oto laryngologicznego."

Rezolucje powzięte na zjeździe są następujące: 1) w sprawie twardzieli.

Trzeci Zjazd Pol. Tow. Oto-laryngologicznego po zapoznaniu się (refer. Zalewskiego i Pieniążka) z uchwałami II Zjazdu Hygienistów Polskich w r. 1917 i Zebrania Ogólnego Tow. Oto-laryngologicznego we Lwowie w dniu 30.VI 1922 roku, postanowił odnośne wnioski zaakceptować i polecić Zarządowi Pol. Tow. Oto-laryngologicznego poczynienie starań u centralnych władz państwowych w celu organizacji walki z twardzielą.

Wnioski te są następujące:

1) Uznając konieczność podjęcia racjonalnej walki z twardzielą, jako z chorobą, mającą dla Państwa Polskiego specjalną ekonomiczną i socjalną wagę, wprowadza się ustawowo obowiązek donoszenia o przypadkach twardzieli według ogólnie ustalonego schematu w celu ścisłej rejestracji przypadków chorobowych, ich rozmieszczenia i ruchu chorych.

Taki sam obowiązek wkłada się i na władze wojskowe donoszenia władzom cywilnym o każdym spotrzeganym w wojsku przypadku twardzieli.

2) Leczenie chorych, dotkniętych twardzielą ma się odbywać na koszt państwa, a nie gmin, gdyż te w granicach endemji, wobec dużej liczby chorych i ubóstwa środków materjalnych (dotyczy to przedewszystkiem gmin wiejskich południowo-wschodnich kresów) nie są w stanie ponosić kosztów leczenia.

3) Kliniki uniwersyteckie i instytuty uniwersyteckie i państwowe muszą być zaopatrzone w środki i pomoce dla dalszych naukowych badań nad twardzielą, koniecznych dla racjonalnego podstawowego zwalczania tej choroby.

4) W klinikach uniwersyteckich i szpitalach w centrach twardzieli winny być utworzone specjalne oddziały, zaopatrzone we wszystko, co potrzebne jest do rozpoznania i leczenia twardzieli

5) Dla umożliwienia dokładnego zapoznania ogółu lekarzy cywilnych i wojskowych z istotą twardzieli konieczne jest urządzanie kursów uniwersyteckich w tych miastach, w których szuka pomocy największa ilość chorych, dotkniętych tą chorobą (we Lwowie i Krakowie).

Schemat do zbierania statystyki twardzieli*).

1) Imię i nazwisko. 2) Wiek. 3) Miejsce zamieszkania od — do. 4) Poprzednie miejsce zamieszkania od — do. 5) Zajęcie obecne od — do 6) Zajęcie poprzednie od — do. 7) Czy w rodzinie dalszej i bliższej nie ma lub nie było podobnego cierpienia? 8) Czy w miejscu obecnego lub poprzedniego zamieszkania niema lub nie było podobnego cierpienia? 9) Od kiedy wystąpiły dolegliwości? 10) Czy był leczony (na?) kiedy? i gdzie?

2) W sprawie nauczania oto-laryngologii uchwalony został wniosek w następującem brzmieniu:

„Oto-laryngologja na uniwersytetach polskich nie zajmuje dotąd należnego jej równorzędnego stanowiska z innemi przedmiotami, wykładanemi na wydziałach lekarskich. III Zjazd oto-laryngologów polskich uchwala: zwrócić się do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o zapewnienie oto-laryngologji równorzędnego stanowiska z innemi przedmiotami".

---

*) Dopisek. Według tego schematu prowadzona jest obecnie statystyka w klinice lwowskiej.

Wiadomości bieżące.

= Na Walnem Zgromadzeniu Polskiego Tow. Oto-Laryngologicznego w dn. 7 Czerwca b. r. postanowiono, że 4-ty Zjazd Polskich Oto-laryngologów odbędzie się w 1925 roku w Warszawie, łącznie z XII zjazdem przyrodników i lekarzy polskich.

Kol. J. Pieniążek, wybrany przez Zebranie Ogólne Pol. Tow. Oto-Laryngol. na przedstawiciela Towarzystwa do Komitetu Organizacyjnego XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, a na posiedzeniu tegoż Komitetu w dn. 18.VI r. b. na przewodniczącego Sekcji Oto-ryno-laryngologicznej, ma zaszczyt podać do łaskawej uwagi członków Towarzystwa co następuje: Zjazd ma się odbyć w pierwszej połowie lipca 1925 r. w Warszawie. Pożądane są tematy z dziedzin pokrewnych. Dotąd zostały zgłoszone tematy następujące:

1. Badania uszu, nosa i gardła w szkołach powszechnych.
2. Intubacja i trachedtomja w dławcu.
3. Djagnostyczne znaczenie badań narządów ucha wewnętrznego dla neurologji.
4. Leczenia nowotworów górnego odcinka dróg oddechowych. Chirurgja i radiotrapja.
5. Wydobywanie ciał obcych z przełyku. Oesophagotomja.
6. O znieczuleniu w oto-laryngologji.
7. O zboczeniach mowy u dzieci szkolnych ze stanowiska oto-laryngologji i neurologji (resp. pedagogji).

Przewodniczący Sekcji prosi o uwzględnienie powyższych tematów i o nadsyłanie nowych pod adresem: Dr. Jan Pieniążek, Warszawa, ul. Moniuszki № 6.

= Tegoroczny francuski kongres oto-rino-laryngologiczny odbędzie się w Paryżu między 15—18 października pod przewodnictwem prof. *Jacques* z Nancy.

Na porządku dziennym są następujące referaty programowe:

1) *Zapalenia zatok tylnych i ich powikłania oczne.* Referenci: *Canuyt, Ramadier i Velter.*

2) *Diatermia w oto-rino-laryngologji.* Referenci: *Bourgeois, Duthеillet de Lamothe, Portmann, Poyet.*

= Trzeci rumuński kongres oto-rino-laryngologiczny odbędzie się w Bukareszcie 26 i 27 Października 1924 r. pod przewodnictwem prof. *N. J. Matianu.*

Referaty programowe: 1) Chroniczne zapalenia migdałków i ich leczenie — ref. *Dawid Galati.*

2) Neuritis oczów jako następstwo zapaleń zatok tylnych—ref. *Tetu i Popolitu.*

3) Fibromaty gardzieli— leczenie chirurgiczne — ref. *Orescu i Maicanescu.*

= Przy uniwersytecie Wiedeńskim odbędzie się między 29 Września a 11 Października XIV kurs dokształcający dla lekarzy. W programie kursów są następujące wykłady:

1) *Prof. Hajek* — O krwotokach nosowych. 2) *Dr. Wessely*—leczenie gruźlicy krtani. 3) *Prof. Ruttin* — choroby uszów w ostrych chorobach zakaźnych. 4) *Prof. Neumann* — Ucho i nos.

Z kursami połączony będzie kongres badaczów austryjackich, pracujących nad zagadnieniami, związanemi ze sprawą rozwoju i zwalczania raka. Na zjeździe między innemi wygłoszone będą następujące referaty:

Prof. Denk — rak języka i przełyku. 2) *Prof. Hajek* — rak krtani. 3) *Prof. Marschik* — rak gardzieli i migdałków. 4) *Dr. Breitner* — rak tarczycy. 5) *Prof. Holzknecht* — leczenie raka Roentgenem. 6) *Dr. Kumer* — leczenie raka radem.

= *Prof. Dr. Wittmack* otrzymał nagrodę Guyot, za najlepszą pracę z otiatrji. Nagroda powyższa udzielana jest raz na 5 lat.

= Na członków czynnych P. T. O. wybrani zostali: Birska, Kokiński, Sikorski i Zawadowski,

Z sekcji Lwowskiej przybyli jako członkowie czynni: Berlstein, Chrapek, Danielski, Krygowska, Kretz, Lehm, Litwinowicz, Reinhold, Skrowaczewski, Szymonowicz, Spalke, Zabłocki.

Z sekcji Poznańskiej — Glabisz, Gałdyński, Grabowski.

SPIS RZECZY.

TABLE DES MATIÈRES.

DROBNER

Sp. Akc.

KRAKÓW WARSZAWA

Narzędzia lekarskie. Przyrządy laboratoryjne.

Lampy kwarcowe — Mikroskopy.

136

OD ADMINISTRACJI.

Wobec znacznego podrożenia kosztów druku, zmuszeni jesteśmy wstrzymać bezpłatne wydawanie odbitek. Koszt odbitek odtąd obciążać będzie autorów.



Fabryka Aparatów Elektromedycznych

W. MAKOWSKI

Warszawa, Al. Jerozolimskie № 13.

Poleca wyroby: własne i reprezentowanych firm zagranicznych: lampy kwarcowe oryg. z Hanau: Bacha, Jesionka, Kromayera, Solux duży i mały spec, dla nagrzewań zatoki czołowej, nosa i uszu. Reflektory z lampą niebieską „Minina" Radiolux" i „Radiofor" do elektryzacji prądem d'Arsonvala: uszu, nosa, gardła i t. p., praktyczny prosty w użyciu.

— Stale nowości —

Wyczerpujące oferty i objaśnienia na zapytanie.

Uporczywy kaszel, ostre i chroniczne bronchity, katar i t. p. leczą

DRAŻETKI BENGALSKIE

(Dragés Mentholi comp.)

Tow. Akc. FR. KARPIŃSKI

w WARSZAWIE.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

HIPOLIT AMBER

WARSZAWA,

Skład i Biuro Marszałkowska 139. Telefon 230-23. Fabryka Wronia 24.

Poleca po cenach przystępnych wszelkie narzędzia lekarskie: strzykawki, igły i t. p. Reparacja, ostrzenie i niklowanie narzędzi.

Naprawa strzykawek Record.

Lampy Solux orygin. Hanau wedł. Oekena i Cemacha.

ARGOCOL KLAWE

Związek koloidalny, zawierający 20% srebra metalicznego. Najtrwalszy ze związków srebrowych, wybitnie hamujący rozwój zarazków, bezwzględnie niedrażniący nawet w najsilniejszych stężeniach. Wskazania: zakażenia miejscowe i ogólne.

Nadaje się do leczenia chorób nosa, gardzieli, krtani i ucha w postaci 5—10% pędzlowań, wlewań, maści i wziewań.

Broszura na żądanie.

HYDROPIPEROL „EGE“

Wewnętrzne, niezawodne Haemostypticum

Stosowane w wypadkach ciężkich krwawień, jak: metrorrhagia, haematuria, hemorrhagia ventriculi, pneumorrhagia; w zaburzeniach w miesiączkowaniu. Kliniczne badania **Petersburskiej Akademji Medycznej** wykazały dodatnie rezultaty działania **HYDROPIPEROLU „EGE“** w wypadkach, w których nie skutkowały: Sporysz (secal. cornut.), Styptycyna i wyciąg Gorzknika Kanadyjskiego (Rhizom. Hydrast. Canad). Prof. KRAWKÓW *(Russkij Wracz 1921 № 7)* pisząc o **HYDROPIPEROLU** (Dialisat Polyg. hydrop. L.), nazywa go doskonałym środkiem krwiotamującym. **HYDROPIPEROL „EGE“** prócz wysokiej wartości terapeutycznej, posiada i tę przewagę iż jest znacznie tańszy od innych tego rodzaju preparatów.

DAWKOWANIE:

3—4 razy dziennie po 40 kropel. Dawka może bez skutków pobocznych zostać powiększoną. W sprzedaży HYDROPIPEROL „EGE“ znajduje się w opakowaniu: Oryg. flakon 25 grm. w pudełku. Opakowanie kliniczne i kas chorych 12 flak. ✕ 25 grm. w pudeł.
Zatw. przez M. Z. P. za Nr. reg. 21.

Fabryka Chemiczna „EGE“ EDWARD GOBIEC i S-ka

Warszawa, ul. Burakowska Nr. 15, telefon 222-03.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

Konrad Jarnuszkiewicz i S-ka

Warszawa, Grzybowska № 25





Poleca w wielkim wyborze
Urządzenia szpitali, Sal operacyjnych i Gabinetów lekarskich

Łóżka metalowe z materacami sprężynowymi—ulepszonych systemów, oraz włosianymi — Szafki nocne i Umywalnie

Fotele dla chorych — Meble ogrodowe

Dźwigniki i wózki bagażowe różnych typów.

PRZEMYSŁ CHEMICZNY w POLSCE

Sp. Akc. w ZGIERZU

Poleca „Neosalutan” związek arseno-benzolowy pod względem leczniczym równy „preparatowi № 914” P. Ehrlicha. Każdą serję wyprodukowanego Neosalutanu bada chemicznie i biologicznie Państwowa Komisja, ustanowiona przez Min. Zdr. Publ. a zaaprobowane partje dopuszczone do sprzedaży banderoluje odnośny Urząd Państwowy.

NEOSALUTAN





Neosalutan dostarczamy w wolnych od powietrza ampułkach w dozach: 0, 15-0, 30-0, 45-0, 60-0, 75-0, 90 dla ludzi i 1,50-3, 00-4, 50 dla zwierząt. Próbki Neosalutanu, opinje wybitnych specjalistów, cyrkularze i cenniki wysyła

CENTRALA SPRZEDAŻY Neosalutanu przy naszem Biurze Warszawskiem
WARSZAWA, Hoża 36, m. 1.
Telegr. Warszawa-Boruta.

Fabrykacja Neosalutanu prowadzona jest w ZGIERZU, w zakładach S-ki Akc. „Przemysł Chemiczny w Polsce”.

APTEKA

F. WIĘCKOWSKIEGO

Marszałkowska 110. Tel. 52-78, 280-97

POLECA:

Najnowsze środki lecznicze, w zakres laryngologji wchodzące

Odczynniki, Barwniki, Surowice, Szczepionki

oraz

Środki opatrunkowe wyjałowione D-ra BORZYMOWSKIEGO

UREXIN

ZIÓŁKA MOCZOPĘDNE

(Folia Betulae, Herba Herniariae, Herba Equiseti. Folia Uvae Ursi, Radix Liquiritiae, Urotropinum, Natr. salicylicum)

ANURRHIN

MAŚĆ PRZECIW HEMOROIDOM

(Suprareninum, Anaesthesinum, Ichtiolum, Alumnolum, Vaselinum, Lanolinum)

JODPEPTIN

WIĘCKOWSKIEGO

(Peptonum jodatum solutum)

SALVIN

Emulsja do wdychania przeciwko katarowi nosa i gardła, zapobiegająca zakażeniu dróg oddechowych

LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

APTEKI

F. WIĘCKOWSKIEGO

Warszawa, Marszałkowska 110, tel. 175-45.